

# A PROBLEMÁTICA DA MEDICALIZAÇÃO NO ENSINO

Representações Sociais da utilização de  
medicamentos para promover as aprendizagens em  
crianças e pré-adolescentes

**Patrícia Costa e Oliveira Baptista Coelho**

Orientadora: Professora Doutora Ana Maria Alexandre Fernandes

Dissertação de Mestrado para obtenção de grau de Mestre em  
Sociedade, Risco e Saúde

Lisboa  
2017

[WWW.ISCSP.U LISBOA.PT](http://WWW.ISCSP.U LISBOA.PT)

## AGRADECIMENTOS

Foi sempre nos momentos mais solitários que encontrei as pessoas mais fantásticas. Algumas já faziam parte da minha vida há muito tempo. Outras, tive o privilégio de me cruzar com elas durante esta minha caminhada. Mas todas, sem exceção, ficarão para sempre gravadas na minha memória.

Aos pais e professores que participaram no meu estudo, muito obrigada.

A todos os alunos que me têm inspirado ao longo dos anos, deixo-vos um beijinho com todas as cores do arco íris. Vocês são a verdadeira razão deste trabalho.

À querida Margarida Alpuim sinto que tenho de agradecer todos os dias.

De repente os Açores ficaram mais perto. Tudo graças à querida Ângela. Sai mais um OBRIGADO do fundo do coração.

Susana Silva Santos, graças a ti e num segundo, todos os receios informáticos desapareceram.

À querida Susana Alves, Thank you so much! Num abrir e fechar de olhos transformaste um resumo num abstrat.

Meu querido José Quadros, obrigada por todos os artigos que me obrigaste a ler. Tornaste os meus dias mais ricos.

Minha querida Xana Veiga d'Araújo, jamais terei palavras para te agradecer. Quando tudo parecia perdido nunca me deixaste perder o foco. Foram horas intermináveis de amizade pura.

Muito obrigada aos meus Pais. Tudo fica tão mais fácil quando estão por perto.

Querida Maria João Bárrios, tudo ficou tão mais claro com a sua ajuda, a sua disponibilidade e a sua doçura. Muito obrigada.

Ao Doutor Álvaro de Carvalho e ao Doutor Augusto Carreira o meu eterno obrigado. Que maravilha ter a oportunidade de aprender tanto com quem tanto sabe.

À Professora Doutora Ana Fernandes, Muito Obrigada por todo o apoio incondicional, pela confiança e disponibilidade para me ajudar.

À minha querida filha Leonor MUITO OBRIGADA. Conheces este trabalho como ninguém. Foram horas a ouvir-me falar desta inquietação que me move.

## RESUMO

O aumento de diagnósticos de PHDA (Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção) e do consumo de metilfenidato evidencia a atual complexificação social, acarreta riscos e é uma questão de saúde. Associado a estes fenómenos há um desconhecimento sobre a própria doença, causas da medicação e consequências da medicação em indivíduos em idade escolar. Os perigos da medicação não estritamente necessária bem como a compreensão do saudável desenvolvimento das crianças e pré-adolescentes são aspetos relevantes para uma reflexão profunda no sistema educativo e papel da escola na sociedade.

O objetivo deste estudo foi identificar e caracterizar as representações sociais de pais, professores e profissionais de saúde sobre a utilização de medicamentos no ensino. Foram realizadas entrevistas a médicos com responsabilidade nacional e aplicado um questionário a professores e encarregados de educação da área metropolitana de Lisboa, Região Centro e Região Autónoma do Açores. Pretendemos contribuir para um debate empiricamente fundamentado acerca das representações sociais em torno da PHDA. O paradigma de investigação é construcionista, o estudo é exploratório com metodologia de investigação mista e recurso a diferentes métodos para recolha dos dados. Os dados qualitativos foram analisados através de análise temática com recurso ao *software* NVivo. Procedeu-se a um tratamento estatístico dos dados quantitativos com recurso ao programa Excel.

Os dados sugerem diferenças significativas entre os respondentes do Continente e da Região Autónoma dos Açores, um desconhecimento em torno das implicações da medicação com metilfenidato, um desconhecimento sobre a própria doença PHDA e que as preocupações académicas - *boas notas* - se sobrepõem às questões de saúde. Dos dados emergem pistas para ação.

**Palavras-Chave:** Crianças, Escola, Diagnóstico, Défice-de-Atenção, Metilfenidato, Pré-adolescentes.

## ABSTRACT

The increasing of diagnoses of ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) and of the consumption of methylphenidate evidences the current social complexity, poses risks and is a health issue. Associated with these phenomena, there is little knowledge about the disease itself, causes of medication and consequences of therapeutic in school-aged individuals. The dangers of unnecessary medication, as well as the understanding of the healthy development of children and pre-teens, are relevant aspects for a profound reflection on the education system as well as the role played by school in society.

The aim of this study was to identify and characterize the social representations of parents, educators and health care professionals on the use of medicines in teaching. Interviews were held to doctors with national responsibility and questionnaire was applied to teachers and guardians within the Lisbon metropolitan area, the centre of the country and the (autonomous region of the) Azores. We intend to contribute to an empirically grounded debate on the social representations round ADHD. The paradigm of this investigation is a constructionist one, the study is exploratory with mixed research methodology and use of different methods for collecting data. The qualitative data were analysed through thematic analysis using the Nvivo software. The statistical treatment of quantitative data was processed using Microsoft Excel.

The data suggest significant dissimilarities between respondents from the mainland and the autonomous region of the Azores, lack of knowledge on the implications of medication with methylphenidate, unfamiliarity with the disease itself and that the academic concerns – having good grades/results – are overlapping with health issues. Based on the data, we hope to find clues for action.

**Key words:** Children, School, Diagnosis, Attention-deficit, Methylphenidate, Pre-teens.

## PREÂMBULO

*O interesse por este tema, o recurso à medicação com metilfenidato em crianças do ensino básico para promover as aprendizagens, decorre da minha formação e experiência profissional dos últimos 20 anos. Como professora do 1º ciclo tenho acompanhado os enormes desafios que têm sido colocados nos séculos XX e XXI aos sistemas educativos. Sendo este um período de grande desenvolvimento do conhecimento científico e tecnológico onde a informação disponível cresce exponencialmente todos os dias, deparo-me com a dificuldade de enquadrar a criança, como pessoa – curiosa, irrequieta e sedenta de aprender e ao mesmo tempo uma pessoa que nasceu e só conhece a era do “clique”, na escola dos nossos tempos. A Educação para todos consagrada como primeiro objetivo mundial da UNESCO obriga à consideração da diversidade e da complexidade onde o grande desafio é “fazer com que todos sem exceção façam frutificar os seus talentos e potencialidades criativas” (Delors, et al.,1996) o que entra em colisão com a realidade com que me deparo.*

*Tendo verificado na prática pedagógica que se valorizam os resultados académicos e a necessidade de atenção máxima em crianças numa fase inicial de aprendizagem em detrimento da sua criatividade, da sua agitação e curiosidade que se me afiguram normais em crianças tão pequenas. Reparamos também que as crianças de uma forma geral se mostram mais infelizes com a ideia de ir para a escola. As famílias reportam--nos viver tempos difíceis e instáveis.*

*A motivação para a realização deste trabalho vem da inquietação que tenho vindo a sentir em aplicar formas e estratégias em contexto de sala de aula por forma a mostrar que na esmagadora maioria dos casos me tem sido possível não medicar, mas antes, envolver os alunos e ir ao seu encontro, promovendo uma relação de proximidade quer com os alunos quer com as famílias. O alarme social verificado nos últimos tempos na comunicação social, debates e conferências, entrevistas a especialistas ou ainda e principalmente, pela publicação de relatórios e documentos sobre esta temática, em muito coincide com a forma preocupada com que olho para*

*o excesso de medicação das crianças e para a facilidade com que se produzem diagnósticos de PHDA (Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção).*

*Em 2015 foram vendidas cerca de 270 mil embalagens de remédios para a hiperatividade e défice de atenção. A minha prática profissional leva-me a admitir que a maior agitação e desatenção dos alunos tem causas sociais, emocionais e relacionais. O exercício da minha prática pedagógica leva-me a apontar que há estratégias alternativas à medicação para motivar, integrar e envolver os alunos em contexto de sala de aula, onde as atividades ligadas ao desporto, música e artes se revelam cruciais.*

*Com este trabalho pretendo perceber as motivações para a medicação com metilfenidato por forma a elencar uma série de questões que me permitam a continuação da investigação nesta temática, a par de pretender contribuir para uma reflexão empiricamente fundamentada onde todos os elementos da comunidade educativa se revelem indispensáveis.*

## ÍNDICE

Introdução .....	1
Capítulo I – Revisão Da Literatura.....	3
1. Sociedade, Risco e Saúde.....	3
<b>1.1 Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA). Génese, Definição, Evolução, Diagnóstico e Intervenção .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1.1. Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção – PHDA .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1.2. A utilização de medicamento na PHDA .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2 A classificação da PHDA como doença. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) .....</b>	<b>15</b>
2. Desenvolvimento da criança .....	17
Capítulo II – Metodologia .....	27
1. Desenho da investigação e procedimentos .....	27
<b>1.1 Elaboração das Entrevistas.....</b>	<b>28</b>
<b>1.2 Construção e aplicação dos Questionários.....</b>	<b>30</b>
<b>1.3 Caracterização da população estudada .....</b>	<b>31</b>
<b>1.4 Paradigma, Abordagem e Plano de investigação .....</b>	<b>32</b>
<b>1.5 Estratégias utilizadas para a recolha de dados .....</b>	<b>33</b>
2. Procedimentos de tratamento e análise de dados.....	34
3. Limitações do estudo.....	35
Capítulo III – Apresentação E Discussão Dos Resultados .....	37
1. Os pais e encarregados de educação .....	37
<b>1.1 Caracterização .....</b>	<b>37</b>
<b>1.2 Recurso a medicação .....</b>	<b>38</b>
<b>1.3 Crianças não medicadas .....</b>	<b>39</b>
<b>1.4 Crianças medicadas.....</b>	<b>40</b>
<b>1.5 Adequação do tempo sentado em sala de aula / tempo de recreio .....</b>	<b>43</b>
2. Representações sociais dos professores .....	44
<b>2.1 Caracterização dos entrevistados .....</b>	<b>44</b>
<b>2.2 Atitude em relação à medicação .....</b>	<b>44</b>
<b>2.3 Representação sobre a medicação .....</b>	<b>45</b>
<b>2.4 Participação dos professores na contribuição para o diagnóstico.....</b>	<b>45</b>
<b>2.5 Avaliação do tempo sentado em sala de aula/ tempo de recreio .....</b>	<b>46</b>
<b>2.6 Avaliação sobre agitação e concentração.....</b>	<b>46</b>
3. Entrevistas aos profissionais de saúde .....	48

4. Discussão de resultados .....	54
Capítulo IV – Conclusão e Pistas para Ação .....	62
Referências Bibliográficas.....	68
ANEXOS.....	74
<b>ANEXO I - ESCALA DE CONNERS</b> .....	74
<b>ANEXO II - BULA</b> .....	77
<b>ANEXO III – Guião da entrevista realizada aos médicos</b> .....	90
<b>ANEXO IV – Questionário para professores</b> .....	91
<b>ANEXO V – Questionário para pais e encarregados de educação</b> .....	97



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Critérios DSM 5 para diagnóstico da PHDA.....	17
Tabela 2 - Objetivos, Métodos e Instrumentos .....	28
Tabela 3 - Contacto e sugestão de medicação .....	38
Tabela 4 - Antes de medicar foram realizados exames médicos?.....	41
Tabela 5 - Nível de informação sobre medicação .....	42
Tabela 6 - Tempo sentado em sala de aula / intervalos (pais/ EE) .....	43
Tabela 7 - Pressão da escola, pressão dos pais para melhor rendimento escolar .....	44
Tabela 8 - Tempo sentado em sala de aula / intervalos (professores) .....	46
Tabela 9 - Análise temática das entrevistas: Hiperatividade como doença .....	49
Tabela 10 - Análise temática das entrevistas: Preocupações .....	50
Tabela 11 - Análise temática das entrevistas: Medicação .....	51
Tabela 12 - Análise temática das entrevistas: Pressões e Interesses.....	52
Tabela 13 - Análise temática das entrevistas: Questões de dependência, Hiperatividade nos adultos, Miscelânea e Metacomentários.....	53

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - De que medicamentos os pais/encarregados de educação já ouviram falar (n=141) ....	37
Figura 2 - Algum dos seus filhos está ou já esteve medicado com Ritalina, Concerta, Rubifen ou similar? .....	39
Figura 3 - Sugestão de medicação das crianças (não medicadas) n=17 .....	39
Figura 4 - Que razões levaram a medicar o seu filho (n= 29).....	40
Figura 5 - Há quanto tempo o seu filho está medicado? (n=29).....	40
Figura 6 - Diferenças sentidas nas crianças pelos pais/encarregados de educação depois da medicação .....	41
Figura 7 - Alternativas à medicação (n=7) .....	42
Figura 8 - Consegue encontrar alguma situação que possa justificar essa agitação? (n = 31) .	47
Figura 9 - Comportamento do aluno que está medicado na perspetiva do professor (n = 31)	47

## SIGLAS E ABREVIATURAS

**APA** – American Psychiatric Association

**CDSS** – Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde

**CNE** – Conselho Nacional de Educação

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**DSM** – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

(Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)

**EE** – Encarregados de Educação

**FDA** – Food & Drug Administration

**OCDE** – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico.

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PHDA** – Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

**UNESCO** – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

(Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura)

**UNICEF** – United Nations Children’s Fund

(Fundo das Nações Unidas para a Infância)

## INTRODUÇÃO

A presente dissertação enquadra-se no domínio das Ciências Sociais e Humanas, no âmbito do Mestrado Sociedade, Risco e Saúde. Trata-se de uma visão multidisciplinar, por forma a compreender o que se passa em torno do défice de atenção e consequente medicação em crianças e jovens numa fase inicial de aprendizagem.

O Século XXI tem vindo a colocar grandes desafios aos sistemas educativos. Este é um período em que o conhecimento científico e tecnológico se desenvolve a um ritmo de tal forma intenso que a quantidade de informação disponível cresce exponencialmente todos os dias. Nos últimos anos assistimos também a um aumento significativo na venda de medicamentos para a PHDA e a um excesso de diagnósticos de PHDA em crianças em idade escolar.

Em Portugal a caracterização de uma criança em idade escolar não é acompanhada por uma legislação que proteja ou acautele a idade escolar. A este propósito Neto (2016) refere que em Portugal temos escolas do século XIX, professores do século XX e alunos do século XXI. Neste cenário o excesso de horas passado em contexto escolar a par do stress da vida diária, das tensões sociais e de uma pressão constante de todo um conjunto de notícias nacionais internacionais e mundiais contribuem para o aumento dos níveis de ansiedade, stress e depressão. A complexificação dos sistemas económicos é uma das características da modernidade. Tal modernidade favoreceu uma desvinculação e reorganização temporal e espacial. Nestas sociedades contemporâneas há múltiplos fenómenos a alastrar dos quais destacamos a ansiedade e a informação. (Giddens & Pierson 2000). As sociedades contemporâneas e os processos sociais são complexos sendo esta complexidade uma das múltiplas características da modernidade (Pinto, 2007). Muitos dos problemas sociais podem revelar impacto negativo nas questões da saúde física e psicológica. Quanto mais saudáveis são os indivíduos e as populações melhor organizam os seus recursos individuais e coletivos adaptando-se melhor à mudança. (Huber, 2014).

Em Portugal quer os horários para adultos, quer o horário de tempo escolar para alunos são excessivos e por isso deixam pouco tempo para as relações interpessoais, para o brincar e para o dormir.

Neste momento as investigações apontam múltiplas causas cuja manifestação principal é a falta de atenção, sendo por isso possível e fácil haver uma confusão no diagnóstico.

A presente investigação tem como objetivo geral identificar e caracterizar as representações sociais de pais, professores e profissionais de saúde sobre a utilização de medicamentos no ensino / aprendizagem.

No seguimento deste objetivo desenvolvemos uma pesquisa cujo relatório aqui se apresenta estruturado em 4 capítulos.

No capítulo I abordamos as questões do enquadramento problemático da sociedade contemporânea em que decorre esta pesquisa bem como questões associadas à Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção Trata-se de perceber aspetos da sociedade moderna relacionados com as questões do desenvolvimento educacional de crianças e adolescentes.

No capítulo II apresentamos o enquadramento metodológico, onde identificamos a problemática em estudo, justificamos as opções metodológicas e definimos o método e procedimentos usados na recolha e análise de dados, descrevemos os participantes e apresentamos as limitações do estudo. No capítulo III são apresentados e discutidos os resultados obtidos. No capítulo IV são apresentadas as conclusões desta pesquisa e finalizamos com uma reflexão e elaboração de orientações futuras em termos de pesquisas e práticas locais, dirigidas a ações em meio escolar.

# CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA

## QUESTÕES DE ENQUADRAMENTO

### 1. Sociedade, Risco e Saúde

Damos início a esta revisão de literatura em torno das sociedades contemporâneas e da complexidade que lhes está associada nomeadamente referindo algumas das múltiplas características da modernidade. Referimos também algumas questões da saúde numa perspetiva abrangente, isto é, numa perspetiva bio-psico-social. Conscientes da complexidade da questão que nos propomos aprofundar apresentamos uma brevíssima reflexão em torno dos problemas sociais complexos. Terminamos esta seção apresentando o nosso problema de investigação.

“*[M]odernidade?* refere-se ao estilo, costume de vida ou organização social que emergiram na Europa a partir do sec. XVII e que ulteriormente se tornaram mais ou menos mundiais em sua influência. Isto associa a modernidade a um período de tempo e a uma localização geográfica inicial [...]” (Giddens, 1991:8). Falar de modernidade é falar da civilização industrial, a chamada sociedade moderna, onde o homem acredita poder pela sua intervenção mudar o mundo. Uma das características da modernidade é a complexificação dos sistemas económicos, de onde decorre a economia de mercado, e uma produção industrial mais globalizada. A complexificação das instituições é crescente e acompanhada pelos riscos de instabilidade. Surge um dinamismo novo, por exemplo, na ideia e funcionamento dos Estados e na Democracia de massas (Giddens & Pierson, 2000). “É uma sociedade - mais precisamente, um complexo de instituições - que, à diferença de todas as culturas anteriores, vive no futuro e não no passado.” (Giddens & Pierson, 2000:75). Esta nova perspetiva reveste-se de novidade trazendo novas questões sobre o futuro e sobre a impossibilidade de compreender o presente (Giddens, 1991,2006). Três linhas essenciais caracterizam este dinamismo: 1) separação entre o tempo e o espaço; 2) desenvolvimento de mecanismos de desencaixe e, 3) apropriação reflexiva do conhecimento (Giddens, 1991,2006). Os impactos nas diferentes dimensões

da vida humana e da organização social são intensos e crescentes. A globalização, as novas organizações do trabalho à escala internacional facilitam uma desvinculação entre as trocas económicas e as populações locais. É hoje inegável o impacto de eventos longínquos sobre os indivíduos. *Local* tornou-se um conceito mais abrangente e em mutação. A modernidade favoreceu uma desvinculação e reorganização temporal e espacial (Giddens & Pierson, 2000). Há múltiplos fenómenos a alastrar nas sociedades contemporâneas. Destacamos a ansiedade e a informação. A ansiedade não é uma realidade nova nem decorre da modernidade, sendo possível recuar até à Idade Média, “[s]ó que agora as causas de ansiedade têm relação com aquilo que fizemos com o mundo, e não com aquilo que Deus possa fazer com ele ou connosco” (Giddens & Pierson, 2000:86). A informação não é um fenómeno recente, pese embora, muitos autores se refiram à *sociedade da informação* de forma a que o senso comum lhe confira atributos de novidade. A ansiedade e a informação revestem-se hoje de características mais complexas e visíveis do que nas civilizações precedentes. Há vários séculos que as sociedades comunicam em maior ou menor grau. No sec. XIX surge o código-morse e nesse momento é inaugurada uma forma substancialmente diferente e inovadora de comunicação, abrindo-se caminho para a comunicação eletrónica. Surge efetivamente uma novidade: era possível levar a informação ao destinatário sem ser necessário recorrer a alguém (Giddens & Pierson, 2000). Estas mudanças levam os indivíduos a sentir-se mergulhados numa grande quantidade de eventos que se sucedem velozmente e nem sempre bem compreendidos. Estes sentimentos são agravados pela sensação de tudo estar a acontecer pela primeira vez, e daqui decorre a sensação de descontrolo e de impossibilidade de entender a nova ordem social (Giddens, 1991,2006).

As sociedades contemporâneas e os processos sociais são complexos. Esta complexidade é uma das múltiplas características da modernidade. Esta complexidade dá origem a uma maior reflexividade e é por isso possível identificar necessidades e desejos dos indivíduos para assim identificar essas necessidades e desejos e apresentá-los como um problema social, levando a que possam ser novamente debatidos contribuindo para a reflexividade (Pinto, 2007). Quando estes problemas são publicamente percebidos e principalmente quando integram uma agenda tornam-se existentes do ponto de vista político (Hill, 2003; Pinto, 2007).

Muitas dos problemas sociais podem revelar impacto negativo nas questões da saúde física e psicológica. Foi no século XX que a saúde começou a ser entendida numa perspectiva bio-psico-social. É definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS; WHO,1948) como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença ou enfermidade”. Quanto mais saudáveis são os indivíduos e as populações melhor organizam os seus recursos individuais e coletivos adaptando-se melhor às mudanças. (Huber, 2014).

Em 2005 a OMS criou a *Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS)* que destaca o papel dos determinantes sociais nas desigualdades na saúde (CDSS, 2010). Os determinantes sociais englobam aspetos estruturais da sociedade e as condições de vida das populações como sejam, as desigualdades na distribuição de poder, de rendimentos, bens e serviços. De acordo com este modelo, a saúde das pessoas é determinada não apenas pelos sistemas formais de saúde, mas por todo um conjunto de influências a vários níveis, determinando a forma como a mesma se distribui pela população.

Quando as condições de emprego e trabalho são boas podem “assegurar estabilidade financeira, estatuto social, desenvolvimento pessoal, relações sociais e autoestima e proteção de riscos físicos e psicossociais” (CDSS, 2010, p.5). Estas consequências positivas contribuem não apenas para a saúde dos trabalhadores, como para uma força de trabalho mais flexível, traduzindo-se numa vantagem competitiva para as nações (Benach & Muntaner, 2007, cit. por CDSS, 2010).

Muitos dos temas estudados pelas Ciências Sociais nas suas múltiplas especialidades, onde se integram as questões do ensino são problemas sociais complexos. Há múltiplas causas, bem como múltiplas possibilidades de intervenção. Os dados que se apresentam sobre estes problemas são parcos e dispersos. Os diferentes *stackholders* têm diferentes prioridades e perspetivas sobre os problemas em causa e a desproporção entre custos e benefícios é desproporcional e, não raras vezes, os custos associados à resolução dos problemas se apresentam como insustentáveis. Para os problemas sociais complexos não há uma solução. O problema complexifica-se constantemente, assim, contribuir para a resolução destes problemas implica recorrer a novas abordagens epistemológicas e a intervenções trans – multi e interdisciplinares (Vandenbroeck, 2014).

A sala de aula e os contextos escolares não são imunes às questões da modernidade elencadas por Giddens. A atual organização social tem naturalmente impacto nas crianças e nos docentes. O contexto escolar reflete as ansiedades de que nos fala Giddens, trata-se de fenómenos complexos vividos por todos com diferente intensidade e forma. Crianças e adultos vivem mergulhados em múltiplos eventos mal percebidos ou desconhecidos muitas das vezes, pese embora uma grande percentagem das horas do dia seja passado sentado frente a frente numa sala de aula.

O vazio pela perda do *local* como refere Giddens faz com que todos independentemente da idade se sintam perdidos e desvinculados. Neste contexto os problemas de saúde emergem, revestidos de maior ou menor complexidade. Neste trabalho abordaremos como adiante se verá um aspeto específico desta problemática: a incapacidade dos adultos compreenderem os desafios impostos à crianças em tenra idade a par da incompreensão por parte dos adultos das necessidades inerentes ao próprio processo de desenvolvimento. A nossa sociedade esqueceu os afetos em contraponto às imposições da agenda (Urra, 2007). Este mundo de desafetos tem consequências na desesperança de crianças e jovens.

À luz do paradigma do desenvolvimento humano ao longo da vida é impossível compartimentar os indivíduos em idades estanques como que se uma fase em nada interferisse com a seguinte (Vaillant, 2003).

Neste sentido o nosso enfoque será na criança do 1º ciclo tendo presente que esta criança não vive isolada ou por questões familiares ou pela própria presença em contextos escolares abrangentes.

### **1.1 Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA). Génese, Definição, Evolução, Diagnóstico e Intervenção**

Nesta segunda parte da revisão da literatura vamos perceber questões associadas à PHDA, nomeadamente a origem, definição e evolução do conceito. Consideramos relevante explorar, ainda que ligeiramente, a falta de concordância em torno desta



questão. Por forma a fundamentar os assuntos aqui trazidos recorreremos à literatura relevante e interdisciplinar. Abordaremos também as questões ligadas ao diagnóstico da PHDA e as possibilidades de intervenção como resposta a este problema. Focaremos algumas características da infância nomeadamente ao nível do desenvolvimento infantil onde se inclui a relevância do bom sono e os contributos da música e do desporto para um desenvolvimento harmonioso. Por fim abordaremos os impactos nas crianças trazidos pelas novas tecnologias.

### **1.1.1. Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção – PHDA**

#### **a) Origem do Conceito**

A Hiperatividade ou Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é uma questão bastante mediatizada e uma das mais estudadas problemáticas da infância e da adolescência.

As primeiras descrições desta perturbação são atribuídas a Sir Alexander Crichton, um médico de origem escocesa, que em 1798 publica uma extensa obra em três volumes onde se detém sobre “a atenção e as suas doenças”. O autor, de forma muito detalhada, identifica os sintomas da desatenção, hiperatividade e impulsividade atualmente reconhecidos como nucleares na hoje designada PHDA (Crichton *cit* por Neto, 2014:21). Ainda sobre esta perturbação, Melchior Adam Weikard, médico ao serviço da corte russa, no seu livro “*O médico filósofo*” (1775) inclui um capítulo com o título *Attentio Volubilis* (Atenção Inconstante) onde relata situações como “*cada mosca zumbindo, cada sombra, cada som ou a memória de velhas histórias desviam-na da sua tarefa para outras imaginações*” (Weikard *cit* por Neto, 2014:21).

Sir George Frederic Still foi um pioneiro da pediatria britânica que, em 1902 numa série de conferências, para além das crianças com défice cognitivo e com sequelas de lesões como traumatismos cranianos, tumores e meningites, refere também casuísticas de crianças sem qualquer lesão em que se podem reconhecer os diagnósticos da PHDA (Still *cit in* Neto, 2014:22).

As primeiras referências científicas sobre a PHDA são atribuídas a Still, contemporâneo de uma crise de encefalite<sup>1</sup> no Reino Unido. No entanto, as referências à PHDA não são lineares ao longo do tempo. A PHDA surge como uma perturbação, um distúrbio ou uma doença. De ressaltar que no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (2013) a PHDA aparece definida como uma perturbação.

No século XX começa a descrever-se os sintomas desta perturbação de uma forma mais sistemática, o que conduziu ao conceito de *minimal brain damage* (lesão cerebral mínima), que se generalizou nos anos 1930, 40, 50.

Nos anos 60 a ênfase é colocada sobretudo nas manifestações comportamentais deste distúrbio e não tanto nas suas origens etiológicas (Fonseca, 1998).

Como adiante se verá, o metilfenidato (princípio ativo da Ritalina, nome comercial de um dos medicamentos comercializados em caso de diagnóstico de PHDA) teve origem em 1944, mas foi na década de 90 que o seu uso se generalizou. O surgimento da medicação marca um passo fulcral na forma de encarar a doença.

Há uma mudança de perspetiva uma vez que se começam a conhecer os efeitos da medicação estimulante e de investigações sobre as funções das áreas encefálicas bem definidas na responsabilidade dos sintomas. A “*lesão cerebral mínima*” passa assim a ser encarada como uma “*disfunção*” (Salgueiro, 1996). As alterações associadas a esta perturbação relacionam-se com as disfunções em vias nervosas e não com lesões nas vias nervosas (Barbosa, 2005).

Numa tentativa de explicar o mecanismo dos sintomas, a tónica era posta em fatores orgânicos neurológicos, por contraposição à corrente psicodinâmica freudiana que tentava encontrar as explicações para os comportamentos das crianças essencialmente em fatores ambientais e familiares (Neto, 2014). É no início dos anos 90 do século XX que a comunidade médica reconhece que a perturbação não é exclusiva das crianças. Esta constituiu uma doença crónica que em muitos casos persiste na idade adulta apesar de apresentar características diferentes (Neto, 2014).

---

<sup>1</sup> Inflamação aguda do encéfalo causada por um vírus, bactéria, fungo ou parasita e até mesmo substâncias químicas ou tóxicas.

De acordo com os estudos sobre diferentes populações em diferentes culturas estima-se que 5% das crianças e 2,5 % dos adultos sejam afetados pela PHDA, sendo que esta é mais comum entre os rapazes (APA, 2015). De acordo com a literatura existente, a PHDA é uma perturbação neuro comportamental mais frequente na criança, resultando de uma interação complexa de fatores genéticos / hereditários, neurobiológicos e ambientais (Hérbert, 2015).

#### b) Definição e Evolução do Conceito

Pese embora as elevadas taxas de prevalência, a PHDA foi sofrendo bastantes modificações quanto à sua definição.

A investigação neste domínio não é consensual e a controvérsia tem origem na própria designação e definição do conceito. Este apresenta-se com diferentes explicações teóricas consoante as diferentes denominações e zona geográfica (Rodrigues & Morato 2001 cit in Lopes, 2004; Salgueiro, 2006). Em termos de evolução histórica há uma “curiosa distribuição geográfica” (Salgueiro, 1996:13) de conceções distintas e praticamente opostas. Por um lado, os investigadores franceses e por outro os investigadores norte americanos, sendo que os investigadores ingleses parecem ocupar uma posição intermédia (Salgueiro, 1996).

Na Europa, Heuver (1914) relaciona a hiperatividade com distúrbios do carácter ou instintos morais e, nos Estados Unidos da América a PHDA aparece ligada a manifestações de conflitos inconscientes não resolvidos, decorrentes de perturbações na relação entre pais e filhos. Esta conceção, de que pais perturbados ou ambientes familiares desajustados são responsáveis pela hiperatividade perdura até aos nossos dias, sobretudo por parte daqueles que são mais críticos em relação à PHDA (Barkley, 2006).

Numa tentativa de definir a PHDA houve diferentes conceitos para designar o mesmo tipo de comportamento: Síndrome Impulsivo Hiperkinético, Impulsividade Orgânica, Distúrbio de Comportamento Pós – Encefalite, Criança com Lesão Cerebral, Criança com Lesão Cerebral Mínima, Disfunção Cerebral Menor, Síndrome Hiperativo da Criança, Distúrbios de Aprendizagem, entre outros (Rebello, 1986). Atualmente e como adiante se verá em

detalhe, *Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção* é a designação adotada pelo DSM-5.

A discrepância entre especialistas em torno da terminologia para a hiperatividade evidencia as discrepâncias em torno do próprio conceito de hiperatividade, não sendo linear entre especialistas nem a origem nem as formas de manifestação da hiperatividade. Neste sentido, diferentes profissionais que trabalham com as crianças – e.g.: professores, psicólogos, médicos - adotam diferentes perspetivas perante a situação, sendo relevante o modelo teórico adotado pelos especialistas, sendo que entre os diferentes modelos há diferentes enfoques e perspetivas – e.g.: modelo médico, modelo pedagógico, modelo comportamental (Garcia,2001). Esta discrepância em torno da definição da PHDA resulta daquilo que se entende que sejam as suas causas e características, uma vez que nunca lhe foi atribuída uma causa única, nem uma única característica (Garcia, 2001).

Goodman e Poillon (1992) fizeram uma revisão de literatura com o objetivo de operacionalizar as diferentes perspetivas da PHDA, tendo sido identificadas 69 características diferentes e 38 possíveis causas para a perturbação. Os mesmos autores referem falta de consenso sobre as características identificadas, a par da subjetividade em torno dos conceitos. Os referidos autores procederam ainda à revisão de diferentes estudos comparativos de crianças com PHDA e sem PHDA. Os resultados encontrados são inconclusivos. Ao analisar os fatores de atenção não se encontraram diferenças significativas entre crianças com e sem PHDA (Goodman & Poillon, 1992).

A falta de consenso em torno desta temática leva Salgueiro (2015) a referir um trabalho por si realizado. Foram comparadas diferentes escolas de áreas diferentes. O diagnóstico de hiperatividade foi díspar, não só entre escolas, mas também entre turmas da mesma escola, o que levou a concluir “que havia um efeito região, efeito bairro e efeito professor” (Salgueiro, 2015).

A pluralidade de características e causas em torno da PHDA tem constituído um entrave na busca de uma definição sendo, de acordo com alguns autores, posta em causa a sua existência como categoria clínica (Goldstein & Goldstein, 1998). O vazio em torno da definição da PHDA favorece o surgimento de diferentes teorias cujo objetivo é a definição

da PHDA. A título de exemplo, refere-se que poderá ser uma resposta adaptativa à cultura ocidental, o que *per se* não se revela um problema contribuindo para que os indivíduos se consigam manter com energia, preparados para a mudança e a correr riscos (Hartman, 1993; Selley-Tremblay & Rosen, 1996; Klimkeit & Bradshaw, 2007).

Do ponto de vista de quem tem a perturbação de PHDA, a designação e a falta de consenso em torno de conceitos não é o mais relevante. O mais importante torna-se a caracterização da PHDA. Neste sentido é pertinente perceber os desafios que cada indivíduo enfrenta por forma a possibilitar quer a avaliação quer a intervenção (Rodrigues, 2007). A diversidade de características e sintomas associados à PHDA levou os investigadores a tentar organizar grupos de características homogéneas, criando subgrupos por forma a encontrar maior significado clínico e resultados mais fidedignos (August, 1989).

Perante a falta de consenso em torno da PHDA é assinada uma declaração – *The International Statement on ADHD* (Barkley, 2002). O principal objetivo da referida declaração foi o de demonstrar a linha de concordância entre aqueles determinados investigadores acerca desta perturbação (Barkley, 2002). De acordo com o documento torna-se impossível negar a existência desta perturbação uma vez que são referidos aspetos que a destacam como devastadora (Barkley, 2002).

### c) Do Diagnóstico à Intervenção

Reconhecendo que o diagnóstico pode assumir vários pontos de partida, interessa-nos aqui a identificação e encaminhamento em meio escolar.

O diagnóstico é clínico e baseado na evidência dos sintomas comportamentais específicos do diagnóstico que estão sujeitos a subjetividade na avaliação (Boavida *et al.*, 1998). No processo de diagnóstico importa ter em consideração que todas as crianças passam por períodos em que estão menos atentas, mais irrequietas, desmotivadas e impulsivas (Selikowitz, 2010).

Por se tratar de uma patologia prevalente na criança em idade escolar o primeiro sinal de alerta é na maioria das vezes dado pelos professores, ou por outro adulto de referência, que encaminham os alunos para uma avaliação. A criança com suspeita de diagnóstico de PHDA requer uma avaliação cuidadosa realizada por uma equipa multidisciplinar. De acordo com as recomendações mais recentes os critérios comportamentais são os definidos no DSM 5 (APA, 2013). A avaliação deve ainda incluir recolha de informação anamnésica o mais detalhada possível. Como instrumentos auxiliares de diagnóstico pode recorrer-se à aplicação de questionários específicos da PHDA como por exemplo Conner's Rating Scales (Escala de Conner's). Esta escala faz parte de um alargado conjunto de instrumentos utilizados para o diagnóstico da PHDA sendo referida na literatura como um dos instrumentos mais antigos e utilizados (Fonseca, Ferreira, Simões, Rebelo & Cardoso, F., 1996) na avaliação clínica de crianças e adolescentes. Tem sido alvo de vários estudos quer de âmbito nacional (Fonseca *et al.*, Rodrigues, 2006) quer de âmbito internacional (Conners, 1997).

A escala de Conners está organizada em 59 itens relativos a várias características típicas da PHDA e a outras que lhe estão associadas. A informação recolhida recai sobre a atenção da criança, hiperatividade, competências sociais e comportamentos de oposição (Anexo I) (Rodrigues, 2005). Ao ser preenchida pelos pais e professores é necessário indicar com que frequência ocorre o comportamento descrito para a criança em causa de acordo com a escala de Likert de 4 pontos. Os valores (0), (1), (2), (3), correspondem respetivamente os termos (nunca), (um pouco), (frequentemente) e (muito frequentemente).

É desejável que a intervenção seja precoce. O principal objetivo é o controlo dos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Podemos considerar como forma de intervenção não farmacológica estratégias terapêuticas comportamentais e educacionais, apoio educativo individualizado, apoio educativo especial, atividades extracurriculares, terapia familiar e participação em grupos de pais ou de apoio da comunidade (Barkley, 2012). Está comprovada uma eficácia superior dos tratamentos que incluíram psicofármacos, em relação ao uso de terapia comportamental isolada (Taylor, 2004).

### 1.1.2. A utilização de medicamento na PHDA

O primeiro estudo clínico de que se tem registo sobre a eficácia de um estimulante para o tratamento da hiperatividade data de 1937. Verificou-se que as crianças com dificuldades escolares e de comportamento melhoravam as suas competências e ficavam mais tranquilas (Bradley *cit in* Neto 2014:23).

Em 1944 surge a substância metilfenidato que foi sintetizada pelo químico italiano Leandro Panizzon, sendo atualmente a mais utilizada em todo o mundo para tratar a PHDA (Neto, 2014). A sua utilização não reúne consensos e, apesar da experiência acumulada ao longo dos anos fazer deste medicamento o mais eficaz no controlo da PHDA, algumas notícias sugerem que terá sido criada precisamente em 1944 para aumentar a concentração no campo de batalha de soldados nazis (Neto, 2014).

De acordo com o historiador Mathew Smith, da universidade de Strathclyde na Escócia e autor do livro *Hyperactive: The Controversial History of ADHD* as qualidades de concentração e de redução da impulsividade eram consideradas necessárias durante a década de 1960 numa altura em que o sistema escolar dos EUA queria competir com a União Soviética no contexto da Guerra Fria.

A partir da consulta da bula (Anexo II), ressaltamos que o metilfenidato deve ser utilizado como parte de um programa de tratamento que geralmente inclui terapia psicológica, educacional e social. É prescrito apenas por médicos especialistas em alteração de comportamentos que irá verificar regularmente o estado de saúde da criança enquanto estiver a tomar o medicamento com metilfenidato. Na última revisão da bula que remonta a fevereiro de 2017 foi incluído um novo efeito adverso que dá pelo nome de *Priapismo*. Durante o tratamento, rapazes e adolescentes “podem experimentar inesperadamente ereções prolongadas” que podem ser dolorosas e ocorrer a qualquer momento. Esta informação já tinha sido anunciada em dezembro de 2013 pela FDA (U.S. Food & Drug Administration), a autoridade do medicamento nos Estados Unidos.

No entanto, a literatura apresenta algumas controvérsias. Devido à mediatização da PHDA acredita-se que em todo o mundo haja crianças mal medicadas e medicadas

desnecessariamente. O médico especialista em desenvolvimento infantil, João Gomes Pedro em declarações à Lusa, alertou em março de 2015 que a hiperatividade está mal diagnosticada em Portugal havendo muitas crianças a tomar medicação sem necessidade alguma. Isto comporta “o risco de usar sistematicamente substâncias farmacológicas quando não há hiperatividade nenhuma” apenas uma atividade “própria de uma criança com 3, 4 ou 5 anos, que gosta de explorar e que, mais do que normal é desejável”.

Perante os números, considerados alarmantes, nos últimos anos muitos autores tentaram explicar o aumento significativo do consumo de metilfenidato em vários países identificando que tal aumento pode dever-se a erros de diagnóstico da PHDA (Mila, 2003). Uma vez que são substâncias legais e medicamentos prescritos por profissionais, conferem determinadas garantias e segurança no seu uso o que aumenta a sua aceitação na população em geral e diminui a perceção de riscos de iatrogenia<sup>2</sup> (Burillo et al., 2013). As exigências curriculares multiplicaram-se nos últimos anos e o tempo de permanência nas escolas é maior. Os alunos estão sujeitos a exigências académicas mais rigorosas e que implicam maior atenção e concentração. (Pelaz et al., 2013).

O recente relatório da Direção Geral de Saúde (DGS) alerta precisamente para a ligeireza com que se fala de hiperatividade infantil e sobre o “risco de recurso fácil e em regra continuado, a substâncias psicoativas em crianças, cujo cérebro tem, como é consabido, um processo de maturação lento e sensível” (DGS, Portugal-Saúde Mental em Números-2015).

Já no relatório de 2014 a DGS fez referência a uma entrevista dada por Allen Frances, coordenador auto demitido do DSM-4. Allen Frances revela a sua preocupação com “a elevada influência da indústria farmacêutica” aquando da elaboração do DSM-5. Afirmo que foram criadas mais de 4 dezenas de novas entidades nosológicas o que parece responder a interesses económicos com a apresentação de novos fármacos particularmente eficazes na “resolução” das ditas “novas patologias”. Na mesma entrevista, Allen Frances questiona a idoneidade dos valores apresentados relativamente às taxas médias de prevalência anual de síndromes de hiperatividade infantil, interroga-se

---

<sup>2</sup> Efeito clínico nefasto resultante de um tratamento médico prescrito.



sobre quais as consequências do “funcionamento mental das crianças medicadas, precoce e continuamente com psicofármacos” na sua idade adulta (DGS,2014). Coordena neste momento um estudo internacional sobre repercussões no cérebro e no comportamento adulto da toma de psicofármacos na infância e adolescência. (DGS, 2014).

O Conselho Nacional de Educação (CNE) publicou o relatório sobre o Estado da Educação 2015 onde alerta também para esta questão:

“torna-se surpreendente e não menos preocupante o consumo de substâncias estimulantes do sistema nervoso central, especialmente as orientadas para a superação de supostos problemas de hiperatividade e déficit de atenção. O recurso cada vez mais generalizado ao metilfenidato (princípio ativo da designação comercial de Ritalina) reflete um problema que não deverá ser menosprezado. Com pouco menos de 300.000 embalagens dispensadas, vale a pena refletirmos, enquanto pais, professores, profissionais de saúde e decisores políticos, sobre as razões de tão rápido crescimento do consumo e sobre os efeitos que o abuso destas substâncias pode ter sobre o desenvolvimento geral das crianças. A obsessão em ter as crianças mais atentas e mais sossegadas poderá representar um condicionamento irreversível do seu desenvolvimento cognitivo e social que nenhum outro medicamento poderá recuperar (CNE:7).

## **1.2 A classificação da PHDA como doença. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)**

### **a) História do DSM**

Em 1952 foi criado pelo Comité de Nomenclatura e Estatística da *American Psychiatric Association* o Manual de Diagnóstico e Estatística da Perturbações Mentais – DSM. Este sistema de classificação apresenta critérios operacionais claros, o que possibilita a padronização do diagnóstico psiquiátrico no mundo todo. O manual já vai na 5ª edição e

já teve 2 revisões. Este manual tornou-se num importante instrumento utilizado inicialmente nos Estados Unidos e posteriormente em diversos países do mundo com a finalidade de uniformizar a linguagem para a classificação das perturbações mentais.

A primeira edição, DSM-1 foi lançada em 1952 com 132 páginas e apresentava a descrição de 106 categorias de transtornos mentais. Em 1968 foi criado o DSM-2. Foram listados 182 transtornos mentais em 134 páginas. Quinze anos depois, em 1980, foi lançado o DSM-3, com 494 páginas e 256 categorias diagnósticas. Esta edição apresentou grandes mudanças em relação às propostas e aos textos anteriores, os termos usados para descrever os transtornos mudaram e esta foi a primeira classificação baseada em critérios diagnósticos considerados explícitos (onde a casualidade foi deixada de lado). Logo em seguida houve uma revisão do texto da terceira edição e foi lançado o DSM-3-R, apresentando 292 categorias diagnósticas em 597 páginas. Em 1994 foi criada uma nova edição, o DSM-4 que listou 374 categorias diagnósticas em 886 páginas e que em 2000 sofreu uma revisão e algumas mudanças e foi lançado como DSM-4-TR. O DSM-5 foi lançado em 2013 e é atualmente utilizado.

#### b) O DSM – 5

No prefácio à edição portuguesa do DSM-5 é escrito que “apesar de numerosos estudos científicos, sabemos não existir uma validade biológica que possa fundamentar a grande maioria das categorias diagnósticas. A classificação é baseada quase exclusivamente na catalogação de critérios sintomáticos e no seu agrupamento em categorias consensualmente aceites.”

O DSM-5<sup>3</sup> foi objeto de variadas críticas “fundamentadas na maior inclusividade de diagnósticos”. Torna-se necessário esperar “pelos resultados da aplicação desta nova classificação para fundamentar ou rejeitar estas críticas”. De acordo com a classificação diagnóstica mais recente (DSM-5) e consoante os sintomas que predominam nos seis meses anteriores ao diagnóstico são consideradas três formas de apresentação clínica da PHDA.

---

<sup>3</sup> [www.dsm5.org/](http://www.dsm5.org/)

- Tipo predominantemente desatento
- Tipo predominantemente hiperativo / impulsivo
- Tipo misto ou combinado

Tal como se verifica na Tabela 1, apesar da definição, caracterização, comorbidades e diagnóstico utilizada pela APA (Associação Americana de Psiquiatria) no DSM-5 ser extensa podemos resumir os critérios para diagnóstico da PHDA da seguinte forma:

*Tabela 1 - Critérios DSM 5 para diagnóstico da PHDA*

Sintomas de desatenção
Não dá atenção aos pormenores ou comete erros por desatenção, nas tarefas escolares, trabalho ou atividades lúdicas
Dificuldades em manter a atenção em atividades ou tarefas (ex: leitura prolongada)
Parece não ouvir quando se lhe dirigem diretamente
Não segue instruções e não termina tarefas (não devido a comportamento de oposição ou por não compreender as instruções)
Dificuldade em organizar tarefas e atividades
Não gosta ou evita iniciar tarefas que requerem concentração
Perde facilmente material necessário a tarefas ou atividades que terá de realizar (material escolar, livros, brinquedos)
Distrai-se facilmente com estímulos extrínsecos irrelevantes
Esquece-se com facilidade das tarefas diárias
Sintomas de Hiperatividade e Impulsividade
Hiperatividade
Mexe frequentemente mão e pés ou permanece irrequieto na cadeira, quando sentado
Não se mantém sentado quando deve
Corre e trepa excessivamente em situações em que é inapropriado fazê-lo
Dificuldade em dedicar-se a atividades de forma calma
Sempre pronto a mudar, age como se estivesse “ligado à eletricidade”
Fala demasiado
Impulsividade
Precipita respostas antes que as perguntas tenham sido completadas
Dificuldade em esperar pela sua vez
Interrompe ou perturba os outros, interferindo nas suas atividades

## 2. Desenvolvimento da criança

Em 2008 a UNICEF publicou um relatório (Transição dos cuidados na infância) onde evidência o que as investigações das neurociências têm vindo a demonstrar. Relações afetivas estáveis, estimulantes e gratificantes com as pessoas que cuidam das crianças nos primeiros meses e anos de vida, são cruciais para quase todos os aspetos do

desenvolvimento da criança. Ao pensar a criança como um aprendiz ativo estamos a reconhecer a sua necessidade constante de novas experiências e o seu ímpeto natural de exploração, compreensão e controlo do ambiente em que se movimenta. Nesta perspetiva e reconhecendo as diferentes funções que a família e a escola exercem numa sociedade, a valorização dos espaços onde existe um clima que atende e respeita as características das crianças assume especial relevância. Torna-se pois fundamental que nas instituições de educação se encontre a qualidade do ambiente emocional que se espera de uma família.

As experiências que as crianças vivem desde muito cedo têm um impacto decisivo na arquitetura cerebral no que se refere à natureza e à extensão das capacidades que a criança vai demonstrar na vida adulta (Portugal, G, 2009). É na infância que se fornecem as bases para o desenvolvimento ao nível físico, motor, social, emocional, cognitivo, linguístico, comunicacional. A autonomia é uma expressão do desenvolvimento que junta as diferentes dimensões desenvolvimentistas (Portugal, 2009).

Neste sentido torna-se fundamental promover em todas as etapas educativas o desenvolvimento da autoestima positiva, saúde emocional, desenvolvimento físico-motor, estimular o desenvolvimento do raciocínio e pensamento conceptual, o ímpeto exploratório e a atitude de compreensão do mundo físico e social, valorizar a competência social, a expressão e comunicação, a capacidade de auto-organização e iniciativa, a criatividade e sobretudo, construir-se a atitude básica de ligação ao mundo, crucial ao desenvolvimento de um cidadão emancipado (Laevers, 2006). A aquisição de capacidades como o controlo de impulsos e o aumento dos tempos de concentração fazem parte de um normal desenvolvimento. O tempo escolar mais prolongado, os currículos mais exigentes numa sociedade complexa evidenciam as crianças com menor capacidade de atenção e com necessidade de mais tempo para a realização de tarefas o que poderá ter um impacto negativo na aprendizagem. A maior visibilidade da PHDA em meio escolar aparece relacionada com uma maior competitividade imposta pelos condicionalismos sociais e ambientais que implicam necessidades acrescidas de desempenho escolar independentemente das capacidades individuais (Boavida, 2006).

#### a) O Sono

O sono é um processo ativo e essencial para o ser humano e para diversas espécies animais, assumindo especial importância na sua sobrevivência (Paiva, 2015).

A globalização, as novas tecnologias a par de uma sociedade mais competitiva levam a sociedades sempre “on-line” o que afeta a qualidade do sono e contribui para aumentar os níveis de stress (Paiva & Penzel, 2011). O mau sono afigura-se como uma ameaça em termos de saúde e um obstáculo para a produtividade e para os interesses económicos (Paiva, 2015).

O conhecimento da medicina do sono é ainda recente tendo os primeiros estudos sistemáticos sido realizados na década de 1950 (Paiva, 2015). Pese embora o sono e as questões a si associadas integrem uma área do conhecimento ainda recente, sabe-se que a qualidade e quantidade do sono revelam ter influência nos processos que incorporam as novas experiências em memórias de longa duração, o que revela influência na consolidação da memória em geral. A qualidade e quantidade do sono, principalmente em crianças e jovens, é relevante para os processos de aprendizagem. O sono tem também uma função enquanto organizador do desenvolvimento cerebral de crianças e jovens (Silva, 2014).

O sono noturno é essencial para o bem-estar físico e emocional (Kabrita, Muça & Duffy, 2014). Durante o sono a atividade cerebral permanece em processamento, nomeadamente no que diz respeito à manutenção da rede hormonal e das funções cognitivas, aspetos diretamente ligados à consolidação da memória e fundamentais para a capacidade de aprendizagem e bom desempenho académico (Guyton & Hall, 2002; Curcio et al., 2006)

A privação do sono, sobretudo nas crianças, não causa letargia, mas sintomas muito semelhantes aos do défice de atenção (PHDA), como sejam a hiperatividade, incapacidade de concentração, agressividade e esquecimento. Muitos dos diagnósticos de PHDA derivam, na realidade, de distúrbios de sono. Um terço das crianças e um quarto

dos adultos têm problemas de sono. A privação de sono reflete-se no humor, motivação, falta de energia e procrastinação, com impacto negativo na vida quotidiana das crianças e adultos. O sono pode também afetar a energia, refletindo-se não apenas na motivação, mas no desempenho escolar ou laboral (Yoon, Jain & Shapiro, 2012). A privação do sono potencia os lapsos de atenção, torna a memória mais lenta, reduz o *out put* cognitivo e intensifica um humor depressivo (Paiva 2015). A nível emocional as perturbações do sono podem levar a estados depressivos, de ansiedade e stress. Temáticas relevantes uma vez que em Portugal a prevalência de doença mental é muito elevada, quando comparada com outros países da União Europeia (Serra, 2014). Ao longo dos anos, tem-se evidenciado que existe um forte impacto do sono na saúde física e mental dos indivíduos (Kryger, Roth & Dement, 2011). Em Portugal o sono apresenta-se como um problema de saúde pública, verificando que a maior incidência reside na faixa etária de crianças e jovens em idade escolar, sendo de grande urgência adotar medidas preventivas por via da educação e do conhecimento (Paiva & Pinto, 2010).

As alterações dos padrões de sono devem ser tidas em consideração no plano de tratamento dos indivíduos (APA, 2013). Até porque - a título de exemplo - na depressão infantil, os sintomas diferem dos apresentados pelos adultos evidenciando-se frequentemente através do transtorno do défice de atenção e hiperatividade, baixa auto estima, dores abdominais, entre outros.

A PHDA é caracterizada por um défice nas funções cognitivas como a atenção e o controlo de impulsos. A possibilidade de que as perturbações do sono possam exacerbar os sintomas da PHDA são relevantes (Yoon, Jain & Shapiro, 2012). Porém, devido ao escasso número de estudos que comparem tarefas das funções cognitivas em sujeitos diagnosticados com PHDA relativamente à existência/ não existência de perturbações do sono, torna-se difícil determinar em que proporção as perturbações do sono afetam os sintomas da PHDA.

As perturbações do sono - redução da qualidade e/ou quantidade - revelam impacto negativo no comportamento e desempenho dos indivíduos (Blunden, 2011, Mendes, Fernandes & Garcia, 2004).

## b) A Música

É no século XIX que a música começa a ser estudada. Surge nesta altura o conceito de *acústica* – ciência do som; a *psicoacústica* – estudo de como as mentes percebem o som; a *psicoacústica musical* – que examina todos os aspetos da perceção e do desempenho musical (Jourdain, 1998).

A música tem *força e poder* de ação sobre o ser humano e alguns animais evidenciando-se assim que existe, em maior ou menor grau, em toda a escala zoológica (Ribas, 1957). O recém-nascido reage perante estímulos sonoros, como bater as palmas. Aos dois anos e meio, a criança consegue distinguir som musical de ruído e tenta cantar. A música contribuiu para desenvolver a sensibilidade das crianças. É um dos meios mais eficazes de educação dos sentidos (Teplov, 1977). Podemos mesmo considerar que a música é “*a arte que mais se aproxima da criança*” (Ribas, 1957).

Estudos realizados sobre a influência da música no comportamento humano evidenciam, principalmente, dois estilos de música: música *sedativa*, que contribuiu para aumentar a capacidade contemplativa do ser humano e para suavizar a atividade física e a música *estimulante*. Neste estilo ressaltam-se tempos mais rápidos, harmonias complexas e dissonantes e mudanças repentinas na dinâmica, que produzem a sensação de aumento do estado de alerta e pré-disposição à atividade motora e, conseqüentemente, maior ativação mental (Gaston, 1968). A literatura existente sugere que características rítmicas e melódicas específicas atuam no sistema nervoso central promovendo a ativação de diversas áreas cerebrais. A música sendo uma linguagem não-verbal, facilita o desenvolvimento das áreas afetivas, cognitivas e sociais (Campos 2006). Acredita-se que o córtex pré-frontal, envolvido nas funções executivas - elaboração, planeamento e execução - ao ser ativado pelo estímulo sonoro, atua no controlo da resposta atencional em pessoas com PHDA, por um período mais prolongado, o que permite o comportamento mais adequado à realização das tarefas (Campos, 2006).

Pese embora a musicoterapia ainda não seja reconhecida como forma de tratamento para crianças com PHDA em contexto escolar, existem trabalhos científicos desenvolvidos por músicos terapeutas que evidenciam resultados favoráveis durante as atividades escolares (Miller, 1986; Steele, 1987) e em crianças diagnosticadas com PHDA (Souza, 1995; Abikoff et al., 1996; Jackson, 2003).

O cansaço e o stress diário bem como os níveis de concentração melhoram com a musicoterapia que contribuiu para que as aprendizagens fiquem gravadas com mais profundidade (Bañol, 1993). O mesmo autor considera que enquanto terapia a música é um meio e não um fim.

Por musicoterapia entende-se que é a utilização da música e dos seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um profissional qualificado. Este procura facilitar e promover, entre outros objetivos terapêuticos, a relação e a aprendizagem no sentido de alcançar necessidade físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas (Federação Mundial de Musicoterapia, 1996).

O aumento do número de estudos que relacionam a utilização da música no campo terapêutico, na escola e por profissionais da área médica sugerem que a música se apresenta como importante aliado às alternativas de tratamento, especialmente, quando utilizada como instrumento de intervenção nos processos comportamentais e estados emocionais como em crianças com PHDA (Campos, 2006).

#### c) A atividade física

A Organização Mundial de Saúde – OMS- reconhece a importância da atividade física no desenvolvimento físico e mental de crianças e jovens. A prática regular de desporto ajuda as crianças a libertarem algumas tensões, assim como a descarregarem a sua agressividade natural. A OMS define como essencial 60 minutos de atividade física diária, pelo menos 3 vezes por semana. O ideal seria integrar a atividade física no dia a dia de todas as faixas etárias, devendo esta fazer parte integral da educação, tal como a aprendizagem da leitura, da escrita e da linguagem (OMS, 2017). Neste sentido urge



elaborar um modelo sociológico do desenvolvimento da motricidade que seja capaz de dar resposta à diversidade de motivações e necessidades da infância do século XXI.

Pese embora algumas políticas centradas na infância estejam na ordem do dia de organizações não governamentais, do ponto de vista da Educação Física e Desporto, as “Culturas da Infância” encontram-se ainda num estado pouco desenvolvido no que respeita à formação de especialistas, à investigação científica e à intervenção pedagógica, terapêutica e artística (Neto, 2004).

Apesar de não mencionar trabalhos que demonstrem as potencialidades do desporto no tratamento de crianças hiperativas Jeffery Alexander refere a importância da sua experiência de trabalhar com estas crianças. Considera o futebol, a natação e a luta (onde se enquadram as artes marciais) como fundamentais para auxiliar crianças hiperativas. No caso das artes marciais a sua importância deve-se essencialmente à atitude que esta arte obriga a manter. Nenhuma técnica é ensinada até a criança aprender a parar, a ouvir e a apensar (Alexander, 1990).

Quando nos referimos a crianças a quem foi diagnosticada PHDA a atividade física traz inúmeras vantagens. Permite incrementar a inibição muscular, relaxar, aumentar o controlo corporal e a atenção. Consequentemente a criança consegue uma melhor adaptação às tarefas e às exigências que se apresentam sobretudo na escola (García, 2001). A atividade física no recreio pode ser ainda uma mais-valia para estes alunos, pois permitem-lhes “descarregar as energias acumuladas de modo a concentrarem-se mais e melhor quando voltam para a sala de aula” (Sosin, 2006). O tempo de recreio é fundamental para a saúde mental e física das crianças (Neto, 2015). As crianças mais ativas têm mais capacidade de aprendizagem e mais capacidade de concentração. A médio e longo prazo têm mais capacidade de terem sucesso (Neto, 2015).

Investigações realizadas nos Estados Unidos relacionam a atividade física com o desenvolvimento do cérebro e com o desenvolvimento neurológico (Neto, 2015). Com base nestes conhecimentos e na sequência dos dados que sugerem o sedentarismo dos nossos jovens é criada em 2015 a plataforma *Fit escola*. Resulta de uma parceria entre o

Ministério de Educação e a Faculdade de Motricidade Humana. Tem como principais objetivos ajudar pais, alunos e professores a tornarem as crianças mais ativas.

Apesar da OMS reconhecer a importância do desporto, para alguns pais e professores ainda não é evidente que os alunos beneficiem em termos intelectuais com a atividade física. Persiste ainda a ideia que esta pode ser prejudicial para o sucesso académico. Neste sentido importa referir importantes evidências que sugerem que a prática da atividade física pode melhorar as funções cognitivas e proporcionar melhor bem-estar (Ramirez *et al.*, 2004), o que vem contrariar esta linha de pensamento. A atividade física melhora a circulação sanguínea, aumentando o fluxo sanguíneo ao cérebro contribuindo entre outros benefícios para reduzir o stress e melhorar a concentração no período imediatamente a seguir à atividade física. Já em 1995 Hanneford constatou benefícios no rendimento académico, associados à prática regular de atividade física, em crianças e jovens em idade escolar.

Num estudo realizado a médio e longo prazo com alunos do 1º ciclo comprovou-se que os alunos apresentavam melhor estado de saúde, atitude, disciplina, entusiasmo e resultados académicos depois de ter sido introduzido um plano de educação física diária de 1 a 2 horas, bem como um projeto de dança diária, música e artes visuais (Shephard, 1997). Um outro estudo realizado por Mitchell em 1994, aponta para uma relação positiva, nos primeiros anos de escolaridade, entre o desenvolvimento das habilidades motoras e os sucessos académicos. Já Geron (1996) sugere que a sincronização nas crianças se encontra relacionada positivamente com sucessos na escola, principalmente ao nível da matemática e da leitura.

Os jovens que praticam atividade física adicional à que está prevista nos programas escolares tendem a demonstrar melhores qualidades, com um melhor funcionamento do cérebro em termos cognitivos, apresentando níveis mais elevados de concentração, de energia, alterações no corpo que melhoram a sua auto estima e um melhor comportamento que incide sobre os processos de aprendizagem (Cocke, 2002; Shephard, 1997). Outro estudo concluiu que os benefícios da atividade física são muito altos em termos de desenvolvimento cognitivo infantil, tornando-se necessário e urgente que se

adotem políticas que permitam estimular cada vez mais a atividade física entre os mais novos de forma regular (Sibley & Etnier, 2003).

A atividade física ocupacional e o tempo livre estão intimamente relacionados com a redução de sintomas de depressão e possivelmente ansiedade e tensão (Dunn, 2001). O tempo de aprendizagem tende a reduzir-se com a prática regular do desporto. Os alunos fisicamente ativos aprendem melhor e de forma mais rápida. (FIT escola, 2015).

Hoje, assiste-se com preocupação à forma como os adultos, professores e pais, estão a controlar as naturais energias das crianças considerando-a doença ou inapropriada. Tem de haver maior esclarecimento para verificar se estamos perante um diagnóstico fiável de hiperatividade (Neto, 2015)<sup>4</sup>.

#### d) Desafios da sociedade contemporânea. As tecnologias

No final do século XX as novas tecnologias surgiam como um desafio a considerar devido ao impacto que poderiam vir a ter na renovação dos sistemas educativos, contribuindo para um ambiente cultural e educativo “suscetível de diversificar as fontes do conhecimento e do saber” (Delors *et al.*, 1996). A evolução foi tão rápida que assistimos hoje a uma geração que encontra nestas novas tecnologias não só uma fonte de conhecimento, mas também uma das principais fontes de lazer.

Algumas das características da PHDA como por exemplo a dificuldade de concentração por longos períodos de tempo, a dificuldade de autocontrolo e inibição de impulsos refletem-se na utilização que as crianças e jovens fazem das novas tecnologias. Vários estudos demonstram que crianças e jovens com PHDA passam mais tempo a ver televisão, a jogar videojogos e a navegar na internet, evitando tarefas que exijam maior esforço cognitivo. Tal pode ser explicado uma vez que a maior parte das atividades desenvolvidas na Internet baseia-se no reforço e na resposta imediatos “atenuando a necessidade de utilização da memória de trabalho comprometida na PHDA” (Costa, 2017).

---

<sup>4</sup> <http://observador.pt/especiais/estamos-a-criar-criancas-totos-de-uma-imaturidade-inacreditavel/>

Os sinais de perturbação podem diminuir ou mesmo deixar de existir quando a criança recebe recompensas frequentes por comportamentos apropriados ou quando se encontra em “atividades especialmente interessantes” como é o caso dos écrans eletrónicos (DSM 5:72). Neste sentido parece-nos importante refletir sobre o “poder calmante” que os écrans parecem ter sobre as crianças.

## CAPÍTULO II – METODOLOGIA

No capítulo anterior fizemos a apresentação da problemática que vamos tratar nesta pesquisa.

A presente investigação tem como objetivo geral: *identificar e caracterizar as representações sociais de pais, professores e profissionais de saúde sobre a utilização de medicamentos no ensino / aprendizagem de crianças do primeiro, segundo e terceiro ciclos do ensino básico em escolas da área Metropolitana de Lisboa, Região Centro e Região Autónoma do Açores.*

Para atingir este objetivo percorremos várias dimensões propondo os seguintes objetivos específicos:

- i). Identificar as perceções de especialistas na área da psiquiatria infantil acerca da medicação de crianças com metilfenidato através de entrevistas em profundidade.*
- ii). Caracterizar as representações sociais e práticas de pais, encarregados de educação relativamente à medicação com metilfenidato.*
- iii). Caracterizar as representações sociais e práticas de professores relativamente à medicação com metilfenidato.*
- iv). formular um conjunto de questões para estudos futuros com o objetivo de contribuir para soluções concertadas passíveis de aplicar em contexto escolar e familiar.*

### **1. Desenho da investigação e procedimentos**

Apresentamos um estudo exploratório numa abordagem de investigação mista, cujo enquadramento integra o domínio das Ciências Sociais e Humanas e que reflete uma visão multidisciplinar recorrendo aos contributos da medicina, psicologia, sociologia, entre outros. Através de uma visão multidisciplinar procura-se perceber o que se passa em torno do défice de atenção e consequente medicação em crianças e jovens numa fase inicial de aprendizagem.

Conforme se verifica na tabela 2, para atingir os objetivos propostos recorreremos a métodos quantitativos para caracterizar a posição de pais e encarregados de educação relativamente à medicação com metilfenidato. Recorreremos a métodos qualitativos para perceber em que circunstâncias se deve medicar uma criança com metilfenidato à luz da opinião de dois especialistas na área da psiquiatria infantil.

Entendemos que a metodologia adequada aos objetivos desta investigação é a metodologia mista. Trata-se de uma classe de investigação onde o investigador articula ou mistura abordagens, métodos e técnicas, linguagens ou conceitos de investigação tanto qualitativa como quantitativa. Trata-se de um único estudo ou diferentes estudos relacionados sendo que o objetivo é responder à mesma ou mesmas questões (Sieber, 1973; Greene, Caracelli & Graham, 1989; Tashakkori & Teddlie, 2003; Cresswell, 2008; Hesse-Biber & Johnson, 2014).

*Tabela 2 - Objetivos, Métodos e Instrumentos*

<b>Objetivo</b>	<b>Método/ Instrumento</b>
i) Identificar as perceções de dois especialistas na área da psiquiatria infantil acerca da medicação de crianças com metilfenidato	Entrevista semiestruturada
ii) Caracterizar as representações sociais e práticas de pais, encarregados de educação relativamente à medicação com metilfenidato.	Inquérito online com recurso a um questionário
iii) Caracterizar as representações sociais e práticas de professores à medicação com metilfenidato.	Inquérito online com recurso a um questionário
iv) Elencar um conjunto de questões para estudos futuros com o objetivo de contribuir para soluções concertadas e saudáveis passíveis de aplicar em contexto escolar e familiar.	Análise Integrada da Informação

### **1.1 Elaboração das Entrevistas**

Para cumprir o objetivo i) optámos pela realização de entrevistas. A entrevista permite ao investigador “recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito,

permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo” (Bogdan & Biklen, 1994:134). Os métodos de entrevista permitem a utilização da interação e comunicação humana, o que possibilita ao investigador obter dados muito ricos. O investigador cria um guião com perguntas orientadoras e abertas sobre os elementos que necessita recolher, mas deixa a entrevista decorrer naturalmente, voltando ao guião sempre que o entrevistado se desviar dos objetivos da mesma (Quivy e Campenhoudt, 2013). O entrevistado é levado, com frequência pela primeira vez, a refletir sobre o assunto analisado, pelo que a comunicação resultante da entrevista é um processo de elaboração de um pensamento e não apenas um dado (Quivy & Campenhoudt, 2013). Neste estudo utilizámos a entrevista semiestruturada que é uma variante da técnica da entrevista que permite ao entrevistador obter um grau razoável de profundidade sobre os elementos em análise, testemunhos e interpretações dos entrevistados das situações (Quivy e Campenhoudt, 2013). O uso da entrevista semiestruturada teve como objetivo perceber em que circunstâncias se deve medicar uma criança com metilfenidato à luz da opinião de dois especialistas na área da psiquiatria infantil. Numa entrevista o entrevistador guia o participante numa discussão abrangente, promovendo uma exploração profunda e detalhada acerca dos tópicos da entrevista e dando seguimento às respostas dadas. Deste modo, cada entrevista é única, na medida em que as perguntas se adequam àquilo que cada participante partilha com o entrevistador (Rubin & Rubin, 2005).

De acordo com os objetivos definidos e as questões orientadoras, elaborámos 1 guião de entrevista para os dois médicos participantes neste estudo (Anexo III). As questões eram abertas. O guião foi organizado em quatro partes: **1)** experiência profissional; **2)** circunstâncias em que se deve medicar uma criança; **3)** possíveis causas para o aumento de diagnósticos da hiperatividade; **4)** alternativas à medicação.

Durante a realização das entrevistas foi referido, por parte dos médicos entrevistados, a importância de haver professores que procurem encontrar alternativas à medicação com metilfenidato em crianças e jovens.

As entrevistas foram realizadas durante o mês de janeiro de 2017 no seguimento de várias notícias na comunicação social sobre o tema e depois de publicado o Relatório da Direção Geral de Saúde e do Conselho Nacional de Educação onde é abordado o tema da medicação com metilfenidato em crianças e jovens.

## **1.2 Construção e aplicação dos Questionários**

Com vista a atingir os objetivos ii) e iii) seleccionámos um método quantitativo através da aplicação de um inquérito por questionário a pais, encarregados de educação e professores.

O inquérito por questionário é um método de recolha de dados com uma interação indireta. O investigador e o inquirido não interagem presencialmente (Carmo & Ferreira, 1998). O inquérito por questionário é um método pertinente para a recolha de dados quantitativos em larga escala. Este método recorre preferencialmente a questões fechadas, o que leva os investigadores a recorrer a outros métodos, como por exemplo as entrevistas semiestruturadas. Assim torna-se possível chegar a uma compreensão mais profunda sobre a realidade em estudo. Este método é aconselhado quando se pretende conhecer uma população, analisar um fenómeno social ou sempre que seja necessário questionar um elevado número de pessoas (Quivy & Campenhoudt, 2013).

As vantagens deste método prendem-se com a possibilidade de quantificar dados e proceder a relações entre eles, bem como satisfazer a exigência de representatividade do conjunto dos inquiridos. Os limites e os problemas identificados relacionam-se entre outros com a superficialidade das respostas por não permitirem algumas análises (Quivy & Campenhoudt, 2013). Para contrariar a fragilidade do método os autores sugerem por exemplo que a amostra seja criteriosamente selecionada, que as perguntas sejam selecionadas de forma clara (Quivy & Campenhoudt, 2013). Os dados obtidos no inquérito por questionário necessitam de um tratamento estatístico por não terem valor em si mesmo, ou seja, a sua importância emerge depois de um tratamento quantitativo que permitirá a



comparação das diferentes categorias e analisar as correlações entre variáveis (Quivy & Campenhoudt, 2013:191). As respostas isoladas de cada respondente podem contribuir para a criação de um tipo de entrevistado o que mais tarde pode permitir estudos ou análises mais profundas (Quivy & Campenhoudt, 2013).

Nos questionários para professores (Anexo IV) e para pais e encarregados de educação (Anexo V) procuramos abordar questões como o comportamento dos alunos, o seu rendimento escolar e alternativas ao recurso da medicação. Tal como se pode consultar nestes questionários em anexo, abordamos ainda qual a posição das direções das escolas perante o comportamento e rendimento dos alunos.

Definiu-se como momento para a realização dos questionários os meses de outubro e novembro de 2016, coincidente com o 1º período escolar. Considerou-se este momento adequado uma vez que ainda se vivia nas escolas um período mais calmo não coincidente com período de avaliação interna ou de preparação para as avaliações externas, como acontece durante o segundo período.

A obtenção de respostas por parte das escolas da área metropolitana de Lisboa e região centro foi morosa. Foi necessário a insistência da investigadora para que os questionários fossem passados dentro do período pedido.

Na Região Autónoma dos Açores a resposta dos encarregados de educação foi obtida no próprio dia em que a direção da escola recebeu os questionários.

### **1.3 Caracterização da população estudada**

Foram contactadas através das suas direções, escolas na Área Metropolitana de Lisboa, na Região Centro e na Região Autónoma dos Açores, na ilha de São Miguel. Das sete escolas contactadas (seis privadas e uma pública), apenas três aceitaram participar no estudo, sendo duas delas privadas e uma pública.

A seleção dos professores inquiridos para a entrevista com recurso a questionário foi feita através da direção das escolas contactadas que enviaram os questionários para os seus professores. Colaboraram com a pesquisa 31 professores (28 Mulheres e 3

Homens). Enquanto das escolas privadas inquirimos professores dos 1º, 2º e 3º ciclos, da escola pública apenas participaram os professores do 1º ciclo. Na área metropolitana de Lisboa responderam 27 professores, da região centro responderam 3 professores e dos Açores respondeu 1 professor. Destes, 25 lecionam no ensino privado e 6 no ensino público. Há 18 professores do 1º ciclo, 5 do 2º ciclo e 11 do 3º ciclo.

Os encarregados de educação foram contactados aleatoriamente através dos professores titulares da turma ou através dos diretores de turma. Do total de 141 encarregados de educação, 111 são mães, 29 pais e um tutor. Da Área Metropolitana de Lisboa responderam 43 EE, 7 da região centro e 91 da região Autónoma dos Açores. A grande maioria tem os filhos a estudar no ensino privado (136) e 5 têm os filhos a estudar no ensino público. Desta amostra de encarregados de educação, 66 responderam que têm os filhos a estudar no 1º ciclo, 60 no 2º ciclo e 36 no 3º ciclo.

Realizámos ainda entrevistas a 2 médicos de referência que se disponibilizaram em colaborar nesta investigação. Os 2 médicos entrevistados foram convidados diretamente pela investigadora. Foi entrevistado o Diretor para a área da Saúde Mental da Direção Geral de Saúde e o Chefe de Serviço hospitalar do Hospital Dª Estefânia, Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência.

#### **1.4 Paradigma, Abordagem e Plano de investigação**

Este estudo foi desenhado e levado a cabo a partir de um paradigma construcionista. Assim o investigador baseia-se nas perceções que os respondentes têm do mundo e/ou do fenómeno em estudo. Estas perceções são construídas com base na interação verbal e não - verbal com os outros. O contexto cultural e histórico é determinante para estas perceções. A investigação construcionista tem como intenção fulcral a atribuição de significado a essas perceções. Trata-se de um significado subjetivo, porque o investigador se encontra consciente de que as suas conceções do mundo têm influência no processo (Creswell, 2007). A escolha de um

paradigma desta natureza está relacionada com a escolha de métodos de recolha de dados, dados estes que permitem respostas abertas. Com a análise dos dados onde se procura não só compreender, mas também respeitar a complexidade inerente aos fenómenos, mais do que encontrar respostas fechadas, conduz a realidade a categorias gerais. Partindo deste paradigma foi levada a cabo um estudo exploratório.

### **1.5 Estratégias utilizadas para a recolha de dados**

Definido o paradigma de investigação, **construcionista**, bem como a metodologia a utilizar- **estudo exploratório**- apresentamos as opções acerca dos métodos utilizados para a escolha dos participantes, recolha e análise dos dados.

Optámos pela combinação de uma metodologia de investigação mista e pelo recurso a vários métodos de recolha e análise de dados já que é “frequentemente útil, senão mesmo necessário, recorrer a diferentes técnicas numa mesma investigação” (Lessard-Hérbet, Goyette e Boutin, 1990). Os dados foram recolhidos através de questionários, entrevistas semiestruturadas e pesquisa documental.

Nas entrevistas foi feito um esforço consciente para ouvir verdadeiramente os entrevistados; procedeu-se a uma observação persistente dos dados através de vários tipos de análise e ao longo de vários meses; uma representação ampla da amostra selecionada que incluiu encarregados de educação e professores do continente e da ilha de São Miguel nos Açores bem como a entrevista a 2 médicos cujas funções desempenhadas conferem impacto relevante; uma revisão pelo orientador do mestrado e por um “juiz” externo à investigação com sensibilidade para o estudo de contextos educativos. A amostragem foi intencional e criterial, constituída por professores, encarregados de educação, profissionais de saúde. A amostragem é criterial quando “o investigador seleciona segmentos da população para o seu estudo segundo um critério pré-definido” (Coutinho, 2013:95).

## 2. Procedimentos de tratamento e análise de dados

Para tratar e interpretar os dados das entrevistas optou-se pela análise temática uma vez que permite expor os pensamentos ou representações sociais dos locutores através da análise de determinados elementos dos seus discursos (Quivi & Campenhoudt, 2013). A análise temática consiste na “contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação previamente determinada” (Bardin, 2009:73).

Os procedimentos para a análise foram os seguintes: **1)** transcrição das entrevistas. **2)** as mesmas foram submetidas ao que se designa de pré-análise e que consiste numa “leitura flutuante” com vista a criar as primeiras impressões sobre o material. **3)** com base nesta primeira leitura e na literatura foi criado um diagrama inicial, com os principais temas ou categorias. **4)** foram então identificadas e selecionadas as unidades de análise – i.e., palavras, expressões, frases ou parágrafos- e iniciada a sua codificação temática, ou seja, a transformação dos dados brutos em categorias para posterior discussão (Campos,2004). **5)** durante a codificação emergiram novas categorias, suprimiram-se e reorganizaram-se outras, o que levou a uma reestruturação dos diagramas. **6)** nova leitura das transcrições para garantir que todos os excertos relevantes foram codificados e para comparar e contrastar as categorias entre si e com o texto original.

A análise dos dados foi feita com recurso ao *software* informático Nvivo, que apresenta várias vantagens no que diz respeito à eficiência e eficácia da análise de informação qualitativa (Bazeley, 2007), entre elas uma melhor gestão da informação, através da organização e monitorização dos dados brutos das entrevistas, assim como das notas de campo e memos; a possibilidade de “fazer perguntas” aos dados, e de obter e guardar os resultados no imediato, sendo que o programa consulta todos os dados introduzidos para informar a análise; e a elaboração de gráficos e diagramas que ilustram os resultados que se pretende analisar. Ainda que a utilização de um programa informático não substitua o espírito crítico do investigador, nem a necessidade de tomar decisões metodológicas de forma

autónoma, o Nvivo permite fazer a análise temática de forma mais metódica, sistemática e rigorosa.

Com os dados obtidos no inquérito por questionário aos pais/encarregados de educação e professores procedeu-se a um tratamento estatístico com recurso ao EXCEL. A sua importância emergiu depois de um tratamento quantitativo descritivo (Quivy & Campenhoudt, 2013).

A qualidade e credibilidade do presente estudo foi assegurada através de vários fatores (O’Leary, 2010): **a)** O investigador reconhece a subjetividade da sua visão do contexto e dos discursos, compensada pelo rigor que garante a sistematização e documentação dos métodos utilizados; **b)** a “verdadeira essência” deste estudo foi assegurada através da triangulação de dados, nomeadamente da recolha de informação junto de várias fontes ( Yin, 2009: entrevistas a médicos, questionários a professores e encarregados de educação e consulta de documentação . **c)** a descrição detalhada e aprofundada do contexto e dos métodos de investigação confere a este estudo transferibilidade, i.e., possibilita a sua aplicação a outros contextos ou populações (O’Leary, 2010), como por exemplo, professores do ensino secundário ou até mesmo outros profissionais com funções educativas. **d)** transferibilidade, através da procura de pistas para ação que possam ser generativas para outros estudos.

### **3. Limitações do estudo**

Estamos conscientes que este trabalho apresenta algumas limitações. A principal limitação prende-se com a falta de experiência de investigação da autora. Consideramos também uma limitação a dificuldade de chegar junto da Direção das Escolas do Distrito de Lisboa para aplicar os questionários. Por fim a proximidade da autora com a causa exposta que poderá ter dificultado o seu distanciamento.

O facto de este trabalho contar apenas com dois médicos não se nos afigura como uma limitação na medida em que ambos se afiguram como referências nacionais e

exercem cargos de chefia em instituições de âmbito nacional particularmente relevantes para esta temática.

## CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo é dedicado à apresentação dos resultados obtidos aos três níveis de investigação. Num primeiro momento veremos os resultados do inquérito aos pais e encarregados de educação para, de seguida, passarmos de imediato aos resultados do inquérito aos professores. Optou-se por apresentar uma breve descrição complementada por gráficos ou tabelas relativas aos dados mais relevantes. Num terceiro ponto passaremos à exposição dos resultados das entrevistas realizadas aos médicos. Trata-se da codificação temática e categorias principais emergentes.

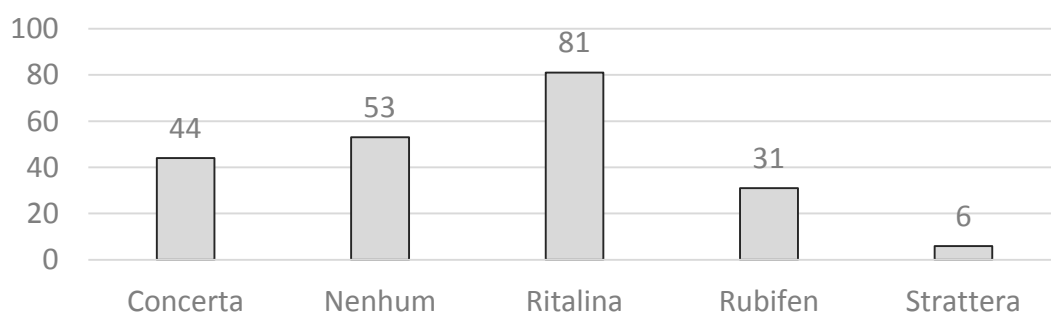
### 1. Os pais e encarregados de educação

#### 1.1 Caracterização

Dos 141 encarregados de educação inquiridos, 111 eram mães, 29 pais e 1 era tutor. A grande maioria era responsável por crianças a estudar no ensino privado (136) e apenas 5 estudavam no ensino público. Vimos ainda que 66 dos respondentes tinham as suas crianças a estudar no 1º ciclo, 60 no 2º ciclo e 36 no 3º ciclo.

Conforme se verifica na Figura 1, a maioria dos pais/encarregados de educação inquiridos (81 indivíduos correspondendo a 57,5% da amostra) já tinha ouvido falar de Ritalina sendo, portanto, a mais popular. Por outro lado, 53 pessoas (correspondendo a 37,6% da amostra) desconheciam todos os medicamentos mencionados.

*Figura 1 - De que medicamentos os pais/encarregados de educação já ouviram falar (n=141)*



Os pais/encarregados de educação inquiridos (e respetivas crianças) residiam na maioria na Região Autónoma dos Açores (91, correspondendo a 64,5 % da amostra), 43 na área metropolitana de Lisboa (30,5% da amostra) e 7 no centro de Portugal (5% da amostra).

Quanto aos pais das crianças envolvidas, 100 eram casados, 31 encontravam-se separados e 10 numa outra situação.

## 1.2 Recurso a medicação

Relativamente ao contacto com a medicação, na Tabela 3 observamos que a grande maioria (79,43%) dos pais/ encarregados de educação referiu que nenhuma das suas crianças está ou já esteve medicado com Ritalina, Concerta, Rubifen ou similar.

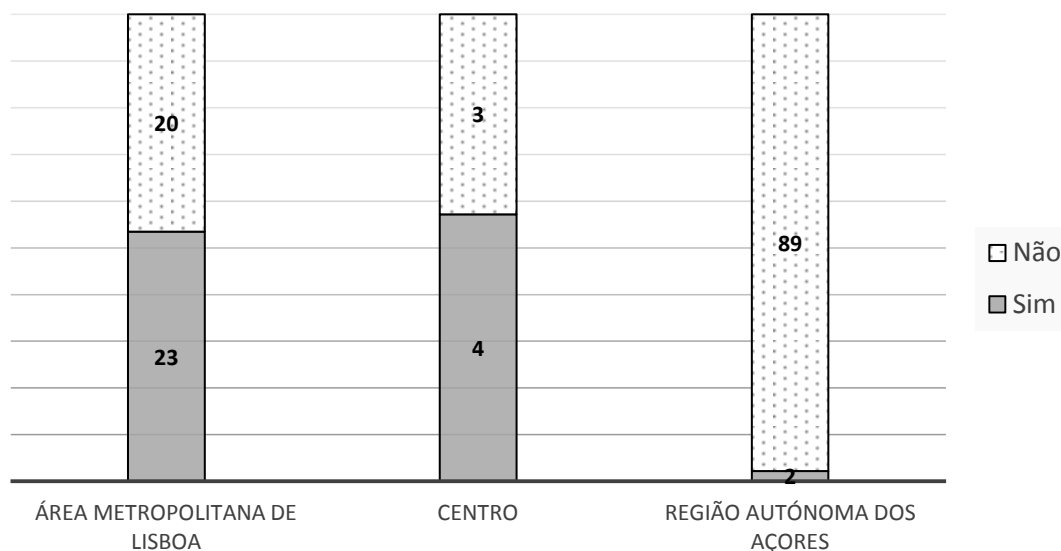
*Tabela 3 - Contacto e sugestão de medicação*

		Sim	Não	Sem resposta	Total
Algum dos seus filhos está ou já esteve medicado com Ritalina, Concerta, Rubifen ou similar?	N	29	112	0	141
	%	20,6%	79,4%	0%	100%
Alguma vez lhe foi sugerido que medicasse algum dos seus filhos com Ritalina, Rubifen, Concerta ou similar?	N	18	94	29	141
	%	12,8%	66,7%	20,6%	100%

Se nos debruçarmos sobre o local de residência, na Figura 2 verificamos que na Região Autónoma dos Açores 89 EE referiram que não medicaram os seus filhos com metilfenidato o que corresponde a 63,1% da nossa amostra. Na área Metropolitana de Lisboa e na Região Centro verificamos que apenas 16,3 % dos EE não medicou os seus filhos.



Figura 2 - Algum dos seus filhos está ou já esteve medicado com Ritalina, Concerta, Rubifen ou similar?

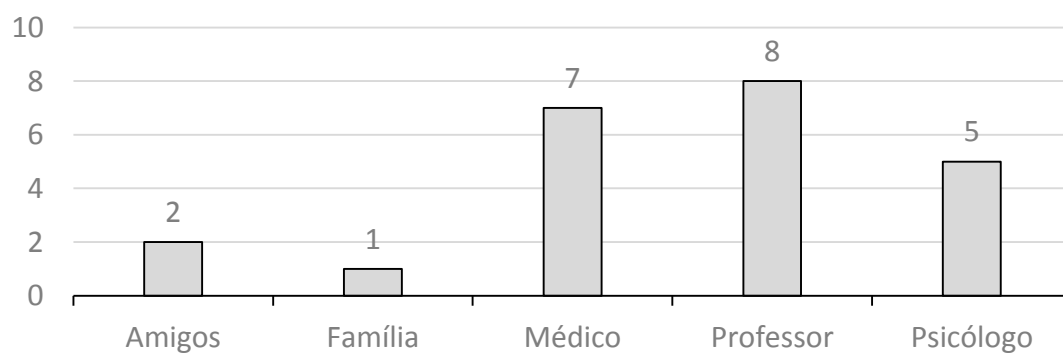


### 1.3 Crianças não medicadas

Em relação às crianças não medicadas, 6 pais/encarregados de educação consideram que “optar por não medicar o seu filho/s criou alguma situação de conflito com a escola” e 106 não.

Questionados sobre a ocorrência de sugestão para a medicação, 17 inquiridos referiram que foi sugerida a medicação das suas crianças. Tal como se verifica na Figura 3, a maioria das sugestões partiu do professor, seguido do médico e do psicólogo.

Figura 3 - Sugestão de medicação das crianças (não medicadas) n=17

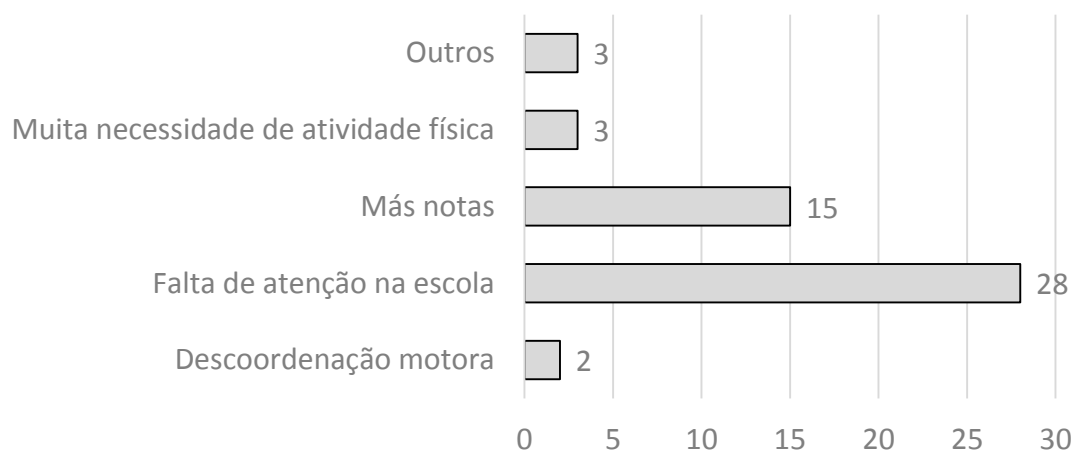


#### 1.4 Crianças medicadas

Das 29 crianças medicadas, 8 são raparigas e 21 são rapazes, verificando assim que a grande maioria de crianças medicadas (72,4%) é do sexo masculino.

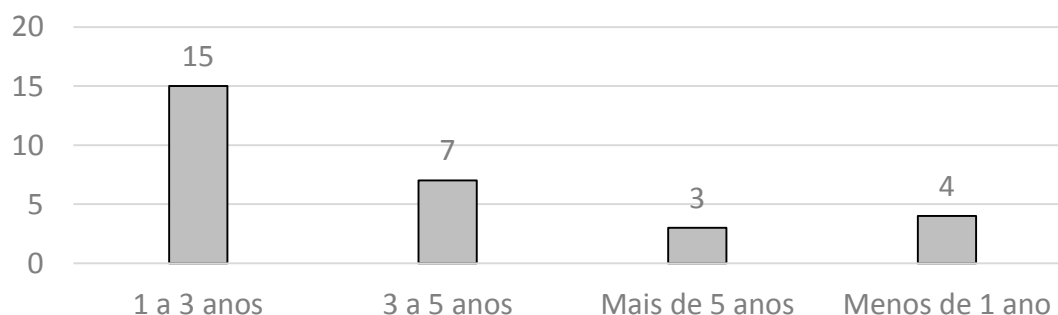
Sobre as razões que levaram a medicar as crianças salientamos, tal como se verifica na Figura 4, a falta de atenção na escola num total de 28 alunos, bem como as más notas num total de 15 alunos. Nesta questão os encarregados de educação podiam escolher mais do que uma opção.

Figura 4 - Que razões levaram a medicar o seu filho (n=29)



Nos últimos 3 anos, 15 crianças (51,7% da amostra) foram medicadas com metilfenidato conforme podemos verificar na Figura 5.

Figura 5 - Há quanto tempo o seu filho está medicado? (n=29)



Questionados sobre se a opção de medicar o seu filho provocou alguma situação de conflito na família, 58,6% dos inquiridos respondeu afirmativamente. Quanto à

pressão exercida pela escola para medicar, 65,5% dos encarregados de educação referiu ter sentido essa pressão por parte dos professores.

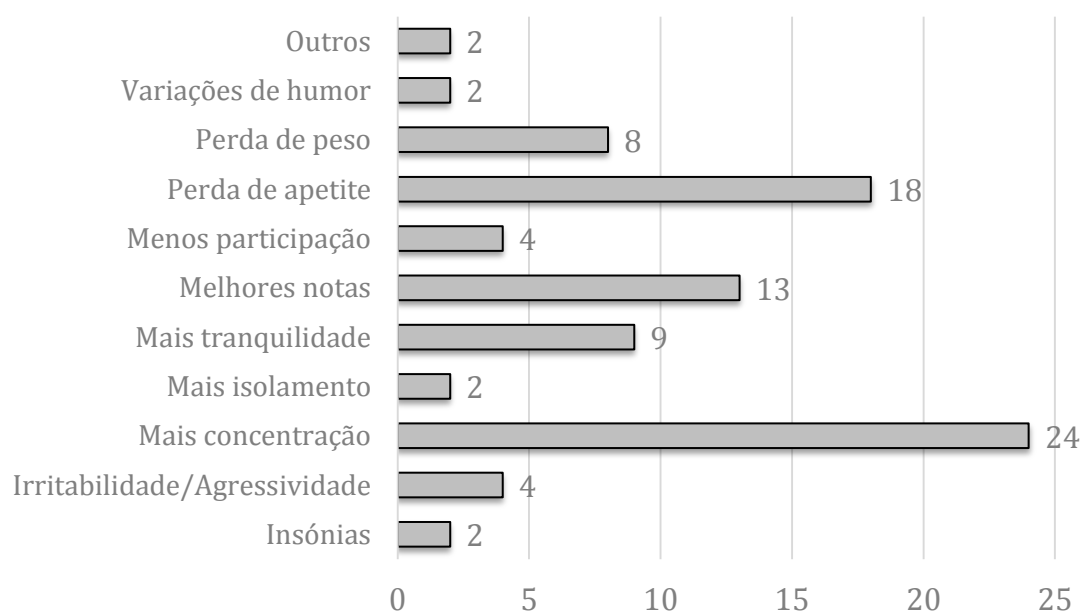
Conforme se verifica na Tabela 4, quando questionados sobre se foram realizados exames médicos antes de tomar a decisão de medicar, a maioria dos pais/encarregados de educação (58,6%) referiu ter realizado os mesmos e 41,4% confirmou não ter sido realizado qualquer exame médico.

*Tabela 4 - Antes de medicar foram realizados exames médicos?*

	Sim	Não	Sem resposta	Total
Antes de medicar, foram realizados exames médicos?	N 17	12	0	29
	% 58,6%	41,4%	0%	100%

Os pais / encarregados de educação de crianças medicadas referiram que sentiram os seus filhos mais concentrados (24 crianças) e com melhores resultados escolares (13 crianças). Foi dada a opção de responder a mais do que uma hipótese. Conforme verificamos ainda na Figura 6 foi referido que 18 crianças, correspondendo a 62 % da amostra, perderam o apetite quando sobre o efeito da medicação.

*Figura 6 - Diferenças sentidas nas crianças pelos pais/encarregados de educação depois da medicação*



Os pais/encarregados de filhos medicados foram ainda questionados sobre se as recentes notícias divulgadas na comunicação social os tinham feito repensar a sua

posição relativamente ao medicamento. Dos 29 que referiram ter filhos medicados, 9 desconhecem as notícias, 7 referiram não terem repensado a sua posição relativamente ao medicamento e 13 responderam afirmativamente.

Como se verifica na Tabela 5, 37,9 % dos pais / encarregados de educação de crianças medicadas refere estar bem informados sobre a medicação e 62,1% refere que o seu nível de informação é deficitário.

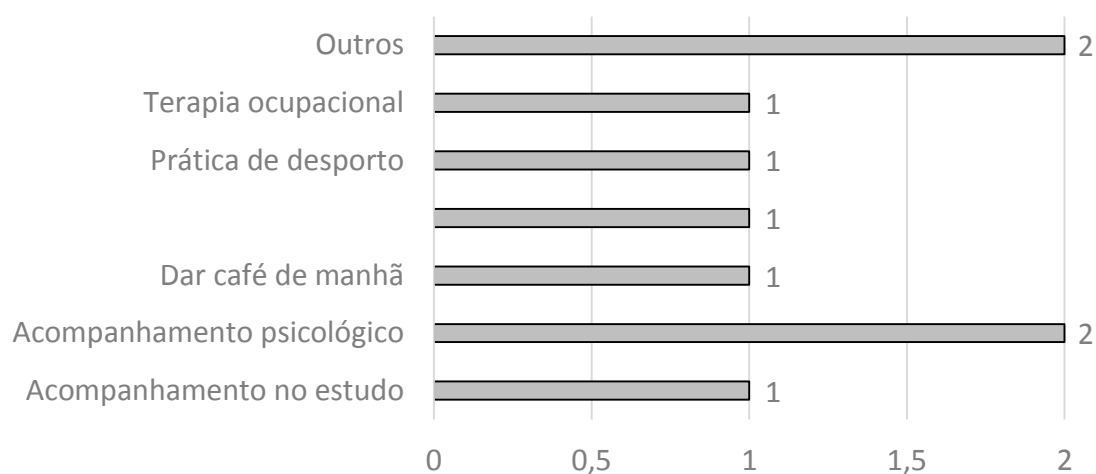
*Tabela 5 - Nível de informação sobre medicação*

	Positivo						Negativo				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N	0	0	0	1	2	8	6	5	1	4	2
	11						18				
%	37,9 %						62,1 %				

No que concerne a alternativas à medicação, 22 pais / encarregados de educação de filhos medicados (correspondendo a 75,9% da amostra) refere que nunca lhes foi sugerido uma alternativa à medicação, e 24,1 % (que corresponde a 7 crianças) refere que lhes foram dadas alternativas à medicação.

Tal como podemos verificar na Figura 7, o acompanhamento psicológico é a primeira alternativa a surgir a par com outras sugestões não especificadas, que excluem a terapia ocupacional ou o desporto.

*Figura 7 - Alternativas à medicação (n=7)*



### 1.5 Adequação do tempo sentado em sala de aula / tempo de recreio

Os pais/encarregados de educação foram ainda inquiridos quanto às perceções sobre o tempo que uma criança / jovem está sentado numa sala de aula. Como podemos observar na Tabela 6, dos 141 inquiridos, a maioria considera que é muito tempo (84 indivíduos, correspondendo a 59,6 % da amostra), 51 dos inquiridos consideram ser adequado (correspondendo a 36,2 % da amostra) e 6 dos respondentes não sabem.

Na mesma tabela vemos ainda que, relativamente ao tempo de recreio das crianças e jovens, 69 indivíduos, que corresponde a 49% da amostra, consideram que as crianças têm pouco tempo fora da sala de aula, 53 (37,6% da amostra) referem ser o tempo adequado, 17 pais e encarregados de educação ( 12% da amostra) não sabem e 1,4% (2 dos inquiridos) consideram que os jovens têm muito tempo de recreio.

*Tabela 6 - Tempo sentado em sala de aula / intervalos (pais/ EE)*

		Sim	Não		Não Sabe	Total
			É muito tempo	É pouco tempo		
Considera adequado o tempo que um jovem está sentado em sala de aula?	N	51	84	0	6	141
	%	36,2%	59,6%	0%	4,2%	100%
Considera adequados os tempos de intervalo das crianças / Jovens?	N	53	2	69	17	141
	%	37,6%	1,4%	49%	12%	100%

## 2. Representações sociais dos professores

### 2.1 Caracterização dos entrevistados

Dos 31 professores inquiridos, 25 lecionam no privado e 6 no público. Há 18 professores do 1º ciclo, 5 do 2º ciclo e 11 do 3º ciclo. Na Área Metropolitana de Lisboa responderam 27 professores, da Região Centro responderam 3 professores e da Região Autónoma dos Açores respondeu 1 professor.

### 2.2 Atitude em relação à medicação

Relativamente à pressão sentida pelos professores para melhor rendimento escolar dos seus alunos, na Tabela 7 observamos que 61,3 % dos inquiridos refere sentir essa pressão por parte da escola onde trabalha e 87,1 % dos respondentes manifesta que os pais / encarregados de educação os pressionam para que o seu filho tenha melhor rendimento escolar. Dos 31 professores que responderam ao inquérito, 12 (correspondente a 38,7% da amostra) disseram não sentir pressão por parte da escola para que os alunos tenham melhor rendimento escolar e 4 professores referiram não sentir essa pressão por parte dos pais / encarregados de educação.

*Tabela 7 - Pressão da escola, pressão dos pais para melhor rendimento escolar*

		Sim	Não	Sem resposta	Total
Sente alguma pressão da escola para que os alunos tenham melhor rendimento escolar?	N	19	12	0	31
	%	61,3%	38,7%	0%	100%
Sente alguma pressão dos pais para que o filho tenha melhor rendimento escolar?	N	27	4	0	31
	%	87,1%	12,9%	0%	100%

Questionados sobre se alguma vez sugeriram uma avaliação que levasse a medicar uma criança com metilfenidato, 16 dos inquiridos responderam que não e 15 afirmaram que essa situação já se tinha verificado. Os professores foram ainda

questionados sobre se alguma vez falaram com um médico / pedopsiquiatra sobre estas matérias. 58,1% dos professores (18) responderam que nunca falaram com um médico sobre a questão da avaliação / medicação e 41,9% (13) referiram que já o tinham feito.

### **2.3 Representação sobre a medicação**

Em relação à questão sobre se os professores consideram importante a comunicação entre professor e médico nestas matérias a grande maioria (28 professores que corresponde a 90,3 % da amostra) considera que sim, 2 professores (6,5% da amostra) não sabe e 3,3% dos inquiridos, que corresponde a um professor considera não ser importante esta comunicação.

Questionados sobre se consideram preocupante, e conforme as notícias recentes, o uso crescente de prescrição de psicofármacos em idade pediátrica, 25 dos respondentes consideram ser preocupante, 5 professores inquiridos desconhecem as notícias e um professor não considera preocupante.

### **2.4 Participação dos professores na contribuição para o diagnóstico**

Relativamente ao questionário que os professores preenchem como um dos elementos de avaliação / diagnóstico da PHDA os professores foram questionados sobre se consideram que o formulário a preencher pode levar a um diagnóstico positivo da PHDA. Dos 31 professores inquiridos 11 (correspondente a 35,4 % da amostra) não tem opinião. Dos outros 20 professores, 10 responderam afirmativamente e 10 responderam negativamente.

Aos 31 professores que fazem parte da nossa amostra, quando questionados sobre se alguma vez lhes tinha sido pedido que administrassem algum dos medicamentos (Ritalina, Concerta, Rubifen) aos seus alunos, 22 referiram que não e 9 professores referiram que já lhes tinham pedido que o fizessem.

Quando questionados sobre se tal procedimento obriga a uma autorização por escrito pelo encarregado de educação, 12 professores responderam que sim, 7 professores responderam que não e 12 professores referiram não saber.

## 2.5 Avaliação do tempo sentado em sala de aula/ tempo de recreio

Relativamente ao tempo que uma criança / jovem está sentado em sala de aula, na Tabela 8 observamos que 87,1 % dos professores referiu que o tempo não é o adequado, considerando que é demasiado tempo. Relativamente ao tempo de intervalo, na mesma tabela podemos verificar que 71 % dos professores considera que os tempos de intervalo não são os adequados tendo sido referido que os intervalos são pequenos.

*Tabela 8 - Tempo sentado em sala de aula / intervalos (professores)*

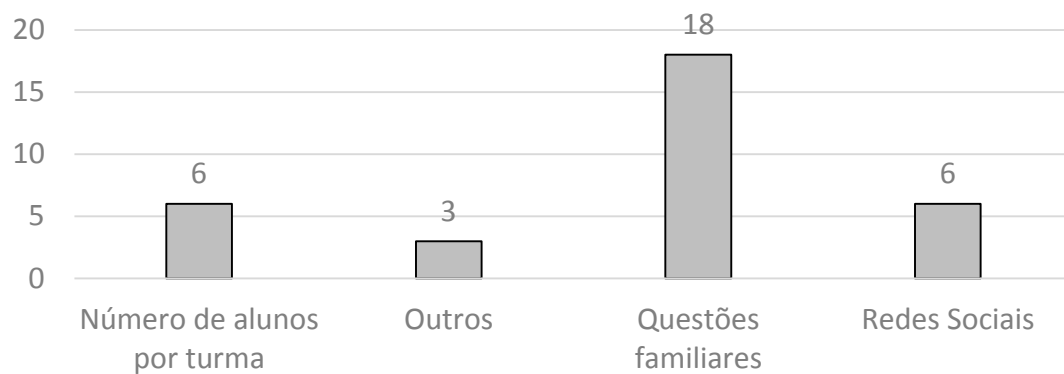
		Sim	Não	Sem resposta	Total
Considera adequado o tempo que um jovem está sentado em sala de aula?	N	4	27	0	31
	%	12,9%	87,1%	0%	100%
Considera adequados os tempos de intervalo das crianças / jovens?	N	9	22	0	31
	%	29%	71%	0%	100%

## 2.6 Avaliação sobre agitação e concentração

Da nossa amostra, 100% dos professores considera que as turmas com o passar do tempo estão mais agitadas. Quando questionados sobre se conseguem encontrar alguma situação que possa justificar essa crescente agitação, conforme podemos observar na Figura 8, as questões familiares surgem em primeiro lugar, seguido do número de alunos por turma a par com as redes sociais.

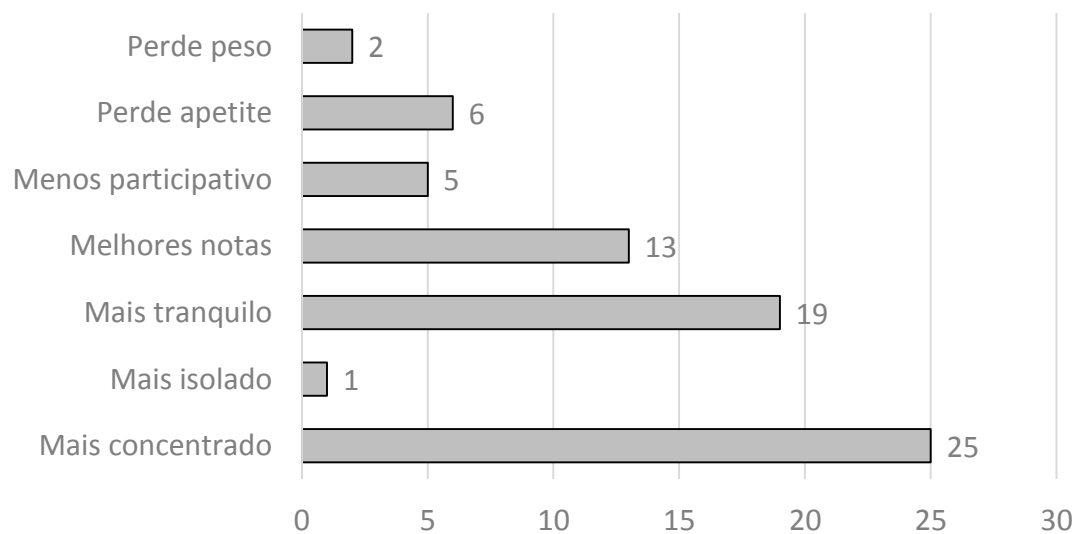


Figura 8 - Consegue encontrar alguma situação que possa justificar essa agitação? (n = 31)



Na perspectiva dos professores, e conforme podemos observar na Figura 9, quando um aluno está medicado com metilfenidato, este fica mais concentrado, mais tranquilo e os resultados escolares são melhores.

Figura 9 - Comportamento do aluno que está medicado na perspectiva do professor (n = 31)



### **3. Entrevistas aos profissionais de saúde**

Nas tabelas seguintes são apresentados os resultados sintetizados das entrevistas realizadas a dois médicos de referência<sup>5</sup>. Cada tabela corresponde a uma temática: i) hiperatividade como doença, ii) Medicação, iii) Preocupações, iv) Pressões e interesses, v) Questões de dependência, vi) Hiperatividade nos adultos, vii) Miscelânea, viii) Meta comentários.

A partir de análise de conteúdo, da codificação temática das entrevistas emergiram 28 categorias: i) perspectivas; ii) causas; iii) estudos; iv) definição da doença; v) alternativas à medicação; vi) quem sugere a medicação; vii) fatores para decisão de medicar; viii) medicação excessiva; ix) efeitos da medicação; x) Períodos em que se medica; xi) Profissionais com legitimidade para decidir medicar; xii) efeitos da medicação no organismo; xiii) geografia da medicação; xiv) medicação como doping; xv) medicamentos prescritos; xvi) aumento generalizado da agitação; xvii) desvalorização do desenvolvimento pessoal ou da raiz dos problemas; xviii) falta de recursos/tempo/alternativas; xix) pressão social para sucesso, autonomia, automatismo; xx) relação com os écrans; xxi) negligência; xxii) desconhecimento consequências da medicação; xxiii) indústria farmacêutica; xxiv) médicos; xxv) professores; xxvi) dependência; xxvii) o que é a dependência; xxviii) sem provas de dependência física.

Cada categoria apresenta ainda subcategorias de análise. Alguns excertos dos discursos serão apresentados ao longo da discussão para contextualizar a reflexão em torno das questões da medicação.

---

<sup>5</sup> Foram entrevistados o Diretor para a área da Saúde Mental da Direção Geral de Saúde e o chefe de serviço hospitalar do Hospital D<sup>a</sup> Estefânia, Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência.

Tabela 9 - Análise temática das entrevistas: Hiperatividade como doença

Categoria	Subcategoria	Descritivo	N.Ref	N.Fontes
Perspetivas	Questionamento crítico	“Agora eu acho que é demasiado simplista e muito redutor dizer que isto é uma perturbação do neuro desenvolvimento”	15	2
	Saúde mental integrada	“a intervenção neste âmbito não deve ser estritamente médica - e, portanto, não estritamente psiquiátrica ou da psiquiatria infantil -, mas deve ser alargada a equipas multiprofissionais com enfermeiros com psicólogos, com assistentes sociais, etc.”	6	1
	Modelo tendencialmente médico	“há uma posição de facto com origem médica psiquiátrica dos que acham, dos que têm o modelo médico e, portanto, têm uma posição muito estritamente de sintomas, diagnósticos e de medicamentos”	5	2
	Assunção da existência de diferentes perspetivas	“Mas, pronto, concretamente em relação à questão que me colocou e à dificuldade há várias visões sobre isto e, portanto, essa resposta depende da pessoa a quem você perguntar”	3	2
Causas	Questões ambientais	“As questões do ambiente destabilizam as crianças”	8	1
	Várias/Problema complexo	“nem sei se lhe posso responder à luz da medicina porque isto é tão complexo, esta questão da hiperatividade. Na minha opinião é tão complexa”	4	2
	Relação com adultos	“o problema está muito para além das questões da medicação. Acho que até é um problema de autoridade, os miúdos não respeitam os adultos, os adultos estão demitidos da sua autoridade”	4	2
	Perturbações neurológicas/genéticas	“É qualquer coisa que está lá geneticamente determinada entre outras coisas”	3	1
	Questões familiares	“As mudanças entre a casa do pai e da mãe”	3	1
	Ecrãs	“Isto vai chocar muita gente - já o tenho dito e continuarei a dizê-lo em todo o lado: ninguém até hoje se preocupou em perceber qual é o efeito que têm precocemente no cérebro os ecrãs. E isto do meu ponto de vista é qualquer coisa que é fundamental”	2	1
Estudos	Em Portugal	“Nós começámos a fazer em 2013 o Portugal Saúde Mental em números por indicação do então Ministro Dr. Paulo Macedo. Começámos a recolher dados e depois replicou-se em 2014 e 2015”	7	2
	Apontamentos históricos	“o DSM 3 foi a primeira classificação neutra que apareceu sobretudo baseada na clínica”	4	2
	Prevalência da doença	“Se olhar para os estudos epidemiológicos que existem a nível do mundo inteiro - estamos a falar uma vez mais do mundo ocidental -, vem lá a percentagem, 3 a 5% das crianças têm hiperatividade”	3	2
	Geral	“O que o Allen Frances está a fazer é estudar os adultos que em criança tomaram isto”	2	2
Definição de doença		“Se nós pegarmos nos critérios de diagnóstico do DSM, os critérios estão lá muito bem definidos. Sintomas, duração dos sintomas, está lá tudo”	7	2

*Tabela 10 - Análise temática das entrevistas: Preocupações*

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Descritivo</b>	<b>N.º Referências</b>	<b>N.º Fontes</b>
	Desvalorização do desenvolvimento pessoal ou da raiz dos problemas	“há uma tendência para sobrevalorizar as intervenções estritamente sintomáticas, portanto sem se ir à raiz do problema”	15	2
	Falta de recursos/tempo/alternativas	“há muito poucos recursos e a psicofarmacologia tomou um maior destaque porque há pouca intervenção psicoterapêutica”	10	2
	Pressão social para sucesso, autonomia, automatismo	“como estamos num tempo em que as pessoas têm uma grande pressão pelos comportamentos e pelos objetivos e pelos resultados”	7	2
	Aumento (generalizado) da agitação	“há uma coisa geral que é a agitação da vida hoje em dia, os pais andam numa agitação, os professores andam numa agitação, anda tudo numa agitação”	5	1
	Negligência	“Tantos se lhes faz que numa sala haja 10, haja 20 crianças medicadas que nem querem saber”	3	1
	Relação com os ecrãs	“então, mas porque é que as crianças que não conseguem estar 5 minutos quietas se lhes dermos o tablet elas ficam 5 horas paradas no mesmo sítio sem precisar de sair dali. É uma pergunta que temos de fazer! Porquê? A criança mais agitada do mundo, se lhe der um Ipad ou um tablet fica ali a jogar sem se mexer se for preciso”	3	1
	Desconhecimento das consequências	“indicação sobretudo da toma de substâncias que alterem o funcionamento psíquico nas crianças de que pode trazer consequências imprevisíveis”	2	1

Tabela 11 - Análise temática das entrevistas: Medicação

Categoria	Subcategoria	Descritivo	N.Ref	N.Fontes
Alternativas à medicação	Tolerância à agitação	“às vezes deparamo-nos com situações em que uma maior tolerância àquele comportamento não obriga à medicação porque a criança é tolerada apesar da sua agitação”	3	1
	Trabalhar com os atores sociais	“Pelo contrário quando o ambiente à volta é um ambiente que apesar de tudo não hostiliza, não recrimina não penaliza a criança pela sua agitação então aí, eu estou a falar por mim, eu se calhar prefiro trabalhar com esses atores que estão no terreno, a família, a escola, os educadores, e não medicar”	3	2
	Não exigir controlo em demasia	“Uma das coisas que aqui se exige é o controlo do corpo, o controlo do movimento, quando na realidade tem de ser ao contrário. As crianças têm de sentir que vão para a escola e que não têm necessidade controlar o movimento nem o corpo. Isto predispõe-nas para a aprendizagem do meu ponto de vista. Ao contrário, se sentirem que têm de estar controladas do ponto de vista do corpo e do movimento isto condiciona-as, cria tensão”	3	1
Quem sugere a medicação	Professores/ Educadores	“a nossa perceção através de todos os colegas da psiquiatria infantil é que grande parte dos pedidos de medicação é dos educadores infantis e dos professores do 1.º ciclo”	4	2
	Pais	“Muitas prescrições por pressão dos próprios pais”	1	1
	Médicos	“pressão que os psiquiatras da infância e da adolescência nos dão”	1	1
Fatores para decisão de medicar		“A maior ou menor tolerância do meio educativo à agitação das crianças. Isto é um fator de muito peso”	5	1
Efeitos medicação	Efeitos secundários desconhecidos	“não apresenta grandes riscos do ponto de vista de efeitos secundários”	3	1
	Crianças mais paradas	“Por outro lado, as crianças de facto ficam mais paradas”	1	1
Períodos em que se medica		“Aliás há miúdos que só tomam para os testes e para os exames”	4	2
Medicação excessiva		“isto é muito preocupante, as proporções que isto está a tomar”	4	2
Profissionais com legitimidade para decidir	Pedopsiquiatra	“Talvez um pedopsiquiatra seja a pessoa indicada para lhe responder a essa questão”	2	1
	Psicólogo	“Talvez a C possa dar uma resposta mais objetiva que eu, mesmo não sendo médica. É psicóloga e trabalha com crianças e adolescentes”	1	1
Efeito da medicação no organismo		“As anfetaminas põem em circulação a adrenalina que está em reserva e que em situações normais usamos em situações de stress. Se alguém anda atrás de si começa a correr com o coração a bater mais depressa, etc. Portanto a ritalina no fundo provoca artificialmente a descarga das reservas da adrenalina e por isso depois é que há ressacas”	2	1
Medicamentos prescritos		“E o grande argumento deste novo medicamento (a atomoxetina/Strattera) é precisamente este”	2	2
Geografia da medicação		“sobretudo nas grandes cidades, que é onde se prescreve mais medicamentos. Isso também é interessante perceber porque é que se prescreve mais nas grandes cidades que nos meios rurais”	2	2
Medicação como doping		“Isto é outro tipo de consumo de psicostimulantes. Quando os psicostimulantes são dados como doping. Isso é outra versão muito corrente. Ou seja: eu aprendo, mas assim aprendo mais. Assim concentro-me mais. Assim consigo melhores resultados, portanto também há a utilização dos psicofármacos como doping. Aliás há miúdos que só tomam para os testes e para os exames”	1	1

*Tabela 12 - Análise temática das entrevistas: Pressões e Interesses*

<b>Categoria</b>	<b>Descritivo</b>	<b>N.º Referências</b>	<b>N.º Fontes</b>
Geral	“isto tem um histórico e tem de facto uma série de implicações económico-políticas”	4	2
Indústria farmacêutica	“qualquer coisa que de facto ultrapassa esta área que é a grande pressão da indústria farmacêutica”	11	2
Médicos	“Você está a mexer com o poder médico”	7	1
Professores	“eu sinto que os professores se interrogam, mas os professores querem os meninos parados”	2	1

Tabela 13 - Análise temática das entrevistas: Questões de dependência, Hiperatividade nos adultos, Miscelânea e Metacomentários

Grande tema	Categoria	Subcategoria	Descritivo	N.º Referências	N.º Fontes
Questões de dependência	Geral		“Apesar de a certa altura terem entrado com alguns chavões a dizer que isto prevenia a toxicodependência. Não faz sentido falar nisto”	1	1
	Medicação cria dependência	Geral	“Sim, há um comportamento aditivo”	3	1
		Dependência psicológica	“Dependência física não há provas, mas psicológico sim. Isso claramente”	4	2
		Dependência física	“As anfetaminas põem em circulação a adrenalina que está em reserva e que em situações normais usamos em situações de stress. Se alguém anda atrás de si começa a correr com o coração a bater mais depressa, etc. Portanto a ritalina no fundo provoca artificialmente a descarga das reservas da adrenalina e por isso depois é que há ressacas”	1	1
	Sem provas dependência física		“Em termos fisiológicos penso que não há evidências. Mas as dependências também são sempre psicológicas quer a gente queira quer não”	3	2
	O que é dependência		“A dependência é quando a pessoa para de repente e fica com sintomas físicos e psicológicos”	2	1
Hiperatividade nos adultos			“também tenha começa a aparecer a questão da hiperatividade nos adultos”	2	1
Miscelânea			“Quando a criança está num grande sofrimento faz todo o sentido criar políticas de intervenção sérias”	2	2
Meta comentários			“Sabe, há pouco estava a dizer que se sente muito sozinha, olhe imagino. Eu também me sinto e estou noutra contexto”	12	1

#### **4. Discussão de resultados**

Os resultados mais relevantes desta investigação merecem uma discussão mais pormenorizada aqui apresentada. A informação que emerge dos dados é referente às entrevistas aos médicos (Lisboa), ao inquérito aos encarregados de educação e aos professores de duas regiões de Portugal: Lisboa e Açores. As questões colocadas prenderam-se com as suas perceções sobre as causas da medicação, inquietações em torno da PHDA, respostas e contextos associados à escola, entre outros.

Como já referido anteriormente, a opção tomada foi no sentido de uma investigação quantitativa e qualitativa, sendo por isso dada importância tanto a indicadores numéricos como aos significados. Assim, iremos apresentar os resultados maioritariamente em termos de conteúdos, mas colocaremos indicadores quantitativos, nomeadamente o número de referências na categoria com maior número de citações. Aplicaremos esta lógica para os respondentes da Área Metropolitana de Lisboa, Região Centro e Região Autónoma dos Açores.

Sobre as entrevistas, as categorias resultantes da análise de conteúdo foram criadas respeitando a riqueza semântica dos respondentes. Na explicação de cada ponto os dados serão discutidos, explicados e relacionados entre si e, quando pertinente, com a literatura.

Ao analisarmos os dados sobre as crianças medicadas (3.1.4 do presente capítulo) os valores sugerem que a maioria das crianças medicadas (72,4%) é do sexo masculino. É pertinente referir que as duas únicas crianças medicadas nos Açores são também do sexo masculino. Os dados vão ao encontro da literatura sobre a prevalência da PHDA. É consensual que a PHDA se manifesta nas diferentes culturas, em aproximadamente 5% das crianças e 2.5% dos adultos, sendo mais comum no sexo masculino; com uma proporção de 2:1 nas crianças e de 1.6:1 nos adultos (APA, 2014; Erskine et al., 2013; Pastor & Reuben, 2008).

Quando consultamos os pais sobre se algum dos seus filhos está ou esteve medicado constatamos que a grande maioria dos alunos medicados reside na Área Metropolitana de Lisboa e na Região Centro.



Estes dados convidam-nos a participar na reflexão de Giddens (1991/2000) sobre a complexidade das sociedades modernas e dos paradoxos dos tempos em que vivemos.

**Ao analisarmos a Figura 4 - *Que razões levaram a medicar o seu filho?*** os dados sugerem que as razões que levam a medicar as crianças com metilfenidato se aproximam da literatura que revela uma associação entre a PHDA e: i) resultados escolares baixos; ii) competências pobres de leitura e matemática; iii) aumento da retenção escolar, bem como iv) uma maior referenciação de crianças para a educação especial (Loe & Feldman, 2007).

**Ao analisarmos a Figura 5 - *Há quanto tempo o seu filho está medicado?*** os dados revelam uma tendência para o aumento do consumo de metilfenidato. Os respondentes reportam um aumento de 51,7 % de consumo do referido medicamento. Estes dados corroboram a preocupação emitida em 2015 pelo Sistema Nacional de Saúde, segundo o qual 26% dos comprimidos vendidos foram usados por crianças até aos 9 anos, o que nos remete à recente entrevista (2017) publicada no site da Ordem dos Psicólogos, onde o Senhor Bastonário da Ordem dos Psicólogos, refere que “só em casos extremos se deveria recorrer a fármacos” e que o “efeito da medicação não proporciona uma mudança de comportamento, ao contrário da terapia com recurso a psicólogo”<sup>6</sup>.

A título de exemplo, chamamos a atenção para a publicação de um jornal reconhecido mundialmente *New York Times*, por considerarmos que expressa bem o mediatismo e o alarme social em torno desta questão. Numa entrevista de 2013 ao jornal *New York Times* Connors, um dos maiores especialistas mundiais em PHDA e responsável pela escala que é aplicada para diagnóstico da mesma, disse ter dúvidas sobre se não existia um excesso de diagnóstico de *hiperatividade e défice de atenção* que levava a um excesso de prescrição de medicamentos.

Eduardo Sá (2017) refere o aumento de prescrição de medicamentos e considera que estamos perante “um enorme problema, de enorme gravidade”<sup>7</sup>, denunciando

---

<sup>6</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=q7JW0F00\\_mI](https://www.youtube.com/watch?v=q7JW0F00_mI)

<sup>7</sup> <http://www.sabado.pt/vida/detalhe/comprimido-da-inteligencia-preocupa-psicologos-e-psiquiatras>

ainda que pais, escolas, professores e médicos “entram numa vertigem em que vale tudo para que os meninos obtenham bons resultados”.

Ao analisarmos os dados sobre as questões da agitação e concentração dos alunos (3.2.6 do capítulo anterior), emerge que 100% dos professores considera que as turmas com o passar do tempo estão mais agitadas. Reforçamos que se trata da totalidade dos professores respondentes. Esta agitação espelha a crescente complexidade das sociedades modernas tal como expressa a citação: “Nas últimas décadas temos vindo a constatar grandes mudanças sociais, especialmente ao nível dos contextos de vida da criança (mobilidade social, diversidade cultural, densidade urbana...)” (Neto, 2007:1).

**Ao analisarmos a Figura 8 - *Consegue encontrar alguma situação que possa justificar essa agitação?*** os dados sugerem as questões familiares como sendo a primeira causa de agitação dos alunos. Estes resultados vão ao encontro da literatura que foca o desenvolvimento da criança. As alterações drásticas quer na composição familiar quer nas rotinas e hábitos diários bem como a adaptação social e individual dos sujeitos conduzem a situações de *stress* e ansiedade, que leva ao “paradoxo óbvio: mais tempo disponível, mas pouca ou nenhuma qualidade de vida para todos” (Neto, 2007:1).

**Ao analisarmos a Tabela 3 – *Contacto e sugestão de medicação*** constatamos que a maioria dos alunos não está medicado pese embora estes dados incluam os respondentes dos Açores onde apenas 2 crianças se encontram medicadas.

**Ao analisarmos a Tabela 4 – *Antes de medicar foram realizados exames médicos?*** Os dados sugerem que não foram realizados quaisquer exames médicos antes de medicar com metilfenidato. 41,4 % dos pais e encarregados de educação inquiridos refere a não realização de exames médicos antes de medicar os filhos com metilfenidato.

A literatura refere que em caso de suspeita de um possível caso de PHDA é muito importante que a avaliação inicial seja efetuada por um médico com formação especializada capaz de reconhecer sintomas como resultados de disfunções neurológicas e não como meros problemas de comportamento (Selikowitz, 2010).

Na verdade, a avaliação médica inicia-se após os critérios do DSM-5 serem cumpridos e é valorizada a realização de exames médicos específicos (AAP, 2015).

De acordo com a literatura científica e não científica, é visível o aumento exponencial do consumo de psicofármacos em idade pediátrica, conforme referido no relatório de 2015 da Direção Geral de Saúde (DGS, 2015).

Da análise da bula do metilfenidato (Anexo II) no site da INFARMED, verificamos que o medicamento deve ser utilizado apenas “após serem testados tratamentos que não envolvam medicamentos, tais como aconselhamento e terapia comportamental e que tenham sido insuficientes”.

**Ao analisarmos a Tabela 5 – *Nível de informação sobre medicação***, os dados sugerem que a maioria dos entrevistados (62,1%) consideram ter uma informação deficitária sobre o medicamento.

Estes dados reportam-nos para a literatura já amplamente referida ao longo deste trabalho e que vai no sentido de ser imprescindível um bom diagnóstico; uma análise profunda da raiz do problema, uma equipa multi e interdisciplinar que olhe para o problema de uma forma coordenada e consertada e um cabal esclarecimento sobre a informação referente a esta medicação que integra o grupo dos psicofármacos.

**Ao analisarmos a Tabela 6 - *Tempo sentado em sala de aula / intervalos (pais/EE)***, os dados sugerem que a maioria de pais e encarregados de educação considera ser excessivo o tempo que os alunos permanecem em sala de aula (59,6 %). Os dados sugerem também que os pais e encarregados de educação consideram deficitário o tempo de recreio. Estes dados elencam uma preocupação por parte dos encarregados de educação que encontra eco na literatura, isto é, a música, as artes plásticas, a liberdade de movimento, o brincar, o exercício físico são fundamentais para o bom e normal desenvolvimento da crianças. A criança necessita de explorar e exercitar os seus limites físicos e os contextos em que se encontra para estruturar os processos motores, emocionais e cognitivos (Neto, 2007). “A experiência do jogo e da atividade física é uma excelente forma de perceber a relação entre ordem e desordem, organização e caos, e equilíbrio e desequilíbrio entre os diversos sistemas biológicos e sócias (Neto 2007:14).

**Ao analisarmos os dados da Tabela 7 – Pressão da escola, pressão dos pais para melhor rendimento escolar,** os dados mostram-nos que 61,3 % dos professores sente essa pressão por parte das escolas e 87,1% sente a pressão para melhores resultados escolares por parte dos pais. As questões associadas à pressão pelos resultados académicos têm suscitado inúmeros debates e tem sido alvo de vários estudos onde se inclui o relatório do CNE que refere que “a obsessão em ter as crianças mais atentas e mais sossegadas poderá representar um condicionamento irreversível do seu desenvolvimento...” (CNE,2015:7). A este propósito, a *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs* (2016) indica que 13% dos jovens portugueses até aos 16 anos tomam antidepressivos e tranquilizantes.

**Ao analisarmos a Tabela 8 – tempo sentado em sala de aula / intervalos (professores),** observamos que 87,1% dos professores inquiridos não considera adequado o tempo que os alunos estão em sala de aula, o que poderá contribuir para a agitação e falta de concentração dos alunos. Estes dados remetem-nos para a discussão em torno dos dados da tabela 5.

**Ao analisarmos a Tabela 9 – Hiperatividade como doença,** encontramos um questionamento crítico por parte dos médicos entrevistados. Foi referido 15 vezes o simplismo redutor em torno da definição da PHDA. Como exemplo destacamos a resposta: “é demasiado simplista e muito redutor dizer que isto é uma perturbação do neuro desenvolvimento”. Estes dados remetem-nos para o relatório da Direção Geral de Saúde (DGS, 2015) que alerta para a facilidade com que se fala de hiperatividade infantil.

Dos dados das entrevistas emerge ainda que “as mudanças entre a casa do pai e da mãe” podem destabilizar as crianças e é importante analisarmos a relação que as crianças e jovens estabelecem com os adultos. Há uma inversão de valores “e o problema está muito para além das questões da medicação”. As causas da PHDA “são muito complexas” e podemos encarar também como “um problema de autoridade” uma vez que “os miúdos não respeitam os adultos e os adultos estão demitidos da sua autoridade”.

**Os dados que emergem da Tabela 9** corroboram as percepções expressas pelos professores para a importância das questões familiares na manifestação de determinados sintomas ou comportamentos facilmente confundíveis com questões de hiperatividade. Uma vez mais, chamamos o Jornal à discussão destes dados, mas desta feita trata-se de um jornal com forte impacto nacional. Em maio de 2014 o Expresso refere que em 2013 se registaram cerca de 20.000 consultas de pedopsiquiatria, mais 30% que em 2011.

Ainda de acordo com a análise dos dados desta tabela “ninguém até hoje se preocupou em perceber qual é o efeito que têm precocemente no cérebro os ecrãs. E isto do meu ponto de vista é qualquer coisa que é fundamental”.

Com o aparecimento da Internet, os comportamentos *online* têm vindo a sofrer alterações. Os mais jovens, muitas vezes denominados “nascidos digitais” (Ponte & Cardoso, 2013) utilizam cada vez mais esta ferramenta no seu dia-a-dia. Múltiplos estudos indicam a necessidade de compreender os comportamentos *online* que indiciam um uso excessivo ou problemático da Internet. A título de exemplo, o EU Kids Online 2012 (com 19.000 crianças de todos os países da Europa) verificou que cerca de 29% dos jovens tem 1 ou mais dos componentes do uso excessivo da Internet.

O Manual de Diagnóstico das Doenças Mentais (DSM-5, 2013) considera importante o estudo das dependências comportamentais sem substância como a dependência dos videojogos. Esta dependência poderá ser apontada como uma das causas de um diagnóstico positivo de PHDA. “Os sinais de perturbação podem ser mínimos ou ausentes quando o indivíduo (...) tem estimulação externa consistente (por exemplo, via ecrãs eletrónicos) (DSM-5, 2013:71).

**Ao analisarmos a Tabela 10 – Preocupações**, os dados por entrevista a ambos os médicos entrevistados sugerem, como justificação para esta realidade, a “falta de recursos” e o facto de a psicofarmacologia ter tomado “um maior destaque porque há pouca intervenção psicoterapêutica”. Os dados sugerem ainda um foco nas manifestações visíveis da criança tendo havido 15 referências a essa realidade. Esta

sugestão é visível no exemplo: “há uma tendência para desvalorizar as intervenções estritamente sintomáticas” sem nos debruçarmos sobre a *raiz do problema*”.

**Ao analisarmos a Tabela 11 – Medicação**, destacamos que “muitas prescrições” acontecem “por pressão dos pais” e também pela pressão dos “psiquiatras da infância e da adolescência”. Neste sentido importa relembrar que “o recurso cada vez mais generalizado ao metilfenidato reflete um problema que não deverá ser menosprezado” (CNE, 2015:7). Este aumento do consumo de metilfenidato tem levado a “alertas fundamentados sobre o risco de recurso fácil e em regra continuado, a substâncias psicoativas em crianças, cujo cérebro tem, como é consabido, um processo de maturação lento e sensível” (DGS, 2015:11).

**Os dados da Tabela 11** sugerem ainda que a maior pressão para a medicação tem lugar nas grandes cidades e nos centros urbanos. Os dados remetem para a importância dos ambientes envolventes. Em “ambientes mais calmos” em situações onde há uma maior tolerância a determinado comportamento” não obriga à medicação porque a criança é tolerada apesar da sua agitação”. A maior ou menor tolerância do meio educativo à agitação das crianças “é um fator importante para a decisão de medicar”. Estes dados que emergem dos médicos vão ao encontro dos dados apresentados na Figura 2- *Algum dos seus filhos está ou já esteve medicado com Ritalina, Concerta, Rubifen ou similar?*

Ainda de acordo com os dados que emergem das entrevistas é referido que vivemos tempos “em que as pessoas têm uma grande pressão pelos comportamentos, pelos objetivos e pelos resultados”. Em muitas situações assistimos “ao consumo de psicostimulantes como dopping”. “Há muitos miúdos que só tomam para os testes e para os exames”. Foi referido várias vezes ao longo das entrevistas que “é muito preocupante as proporções que isto está a tomar.”

Estes dados vão ao encontro dos apresentados na **Tabela 7 – Pressão da escola, dos pais para melhor rendimento escolar**.

Ainda de acordo com os dados que emergem da **Tabela 11** é reportado que se exige às crianças “o controlo do corpo, o controlo do movimento, quando na realidade tem de ser ao contrário.” Quando as crianças sentem este controlo “isto condiciona-

as, cria tensão”. Ao contrário, quando não sentem necessidade de controlar o corpo “isso predispõe-nas para a aprendizagem”. A este propósito, a OMS reconhece a importância da atividade física no desenvolvimento físico e mental dos jovens.

**Ao analisarmos a Tabela 12 – *Pressão e interesses***, os dados sugerem a grande pressão da indústria farmacêutica para o consumo de metilfenidato, com 11 referências a este assunto ao longo da entrevista. Devido a esta pressão, o coordenador autodemitido do DSM-4 Allen Frances, realiza neste momento uma investigação sobre as consequências no comportamento e no cérebro de adultos que foram medicados com metilfenidato na infância e adolescência (DGS, 2015:11).

**Após análise da Tabela 13 - *Questões de dependência, hiperatividade nos adultos***, os dados sugerem que perante o consumo de metilfenidato “há um comportamento aditivo, mas não há provas de dependência física, mas psicológico sim. Isso claramente. As dependências são sempre psicológicas”.

## CAPÍTULO IV – CONCLUSÃO E PISTAS PARA AÇÃO

Encerramos esta dissertação com a apresentação das conclusões referentes às perceções dos médicos e respostas dos encarregados de educação e professores da Área Metropolitana de Lisboa, da Região Centro e da Região Autónoma dos Açores.

As questões colocadas a todos os respondentes retratam as suas perceções sobre as causas da medicação com metilfenidato, as suas inquietações em torno da PHDA, reflexões e respostas em contexto escolar entre outros. Ao incluir no mesmo estudo respondentes da Região de Lisboa, Região Centro e da ilha de São Miguel nos Açores, consideramos ter enriquecido este trabalho.

O aumento do consumo de metilfenidato reportado pelos organismos nacionais coloca Portugal com um desafio idêntico ao verificado na Europa, nos Estados Unidos e Brasil, entre outros. A par desta situação coloca-se toda uma polémica e desconforto médico em torno da definição da PHDA e, portanto, das suas causas e manifestações. Daqui surgem múltiplas questões de entre as quais destacamos quem faz o diagnóstico, que diagnóstico e com que propósito.

Nesta pesquisa estas questões foram levantadas e refletidas não numa perspetiva médica ou biológica, mas antes numa perspetiva social e associada ao contexto escolar. Ao colocarmos o nosso ponto de vista nas crianças e nas famílias dando voz aos principais interessados pretendemos trazer ao debate um olhar novo.

Consideramos ainda que a opinião dos diretamente envolvidos no processo poderá funcionar como elemento facilitador em torno das condições, circunstâncias e motivações para uma tomada de decisão mais refletida e consciente e assim procurar soluções adequadas e alternativas à medicação.

Afigura-se como incontornável que em Portugal o horário escolar nomeadamente o tempo em sala de aula é inadequado à idade, desenvolvimento e naturais necessidades das crianças e pré-adolescentes o que leva alguns especialistas de renome e impacto nacional a brincar com a necessidade urgente de um sindicato que se insurja contra o excessivo tempo de trabalho. Ou, como diz Mário Cordeiro, o



tempo de recreio das crianças do 1º ciclo é inferior ao tempo de recreio das prisões a sério.

Os rapazes são mais medicados, sendo que nos Açores em 91 crianças as duas medicadas são rapazes e em Lisboa são reportados 19 rapazes medicados num total de 27 crianças medicadas com metilfenidato. Esta maioria leva a considerar a necessidade da prática de exercício físico regular, o movimento físico tem que ser acautelado bem como o interesse em torno das matérias apresentadas em sala de aula. É interessante constatar a diferença de rapazes e raparigas medicados o que nos pode levar a questionar se o sistema de ensino português responde adequadamente a rapazes e raparigas. Pese embora a amostra dos Açores seja muito maior que a amostra de Lisboa, só há a registar o caso de 2 alunos medicados nos Açores. Esta desproporção de alunos medicados reporta-nos para a importância do contexto envolvente nomeadamente o *stress* da vida urbana, a proximidade das figuras de referência e o tempo que “sobra” para brincar. Afigura-se ainda como relevante a inacessibilidade ligada à medicação com metilfenidato nos Açores. Daqui sobressai a importância e o impacto positivo que a paisagem tem no bem-estar dos indivíduos. Os constrangimentos inerentes à vida numa ilha da Região Autónoma dos Açores levam por um lado a encarar a agitação das crianças como natural e a procurar alternativas e por outro lado a contornar a agitação com os recursos adequados a cada criança. Em contraponto a maioria das crianças de Lisboa e Região Centro encontravam-se medicadas.

Consideramos relevante o *stress* da vida diária que será seguramente aumentado com o peso do horário escolar a que acrescem as atividades extracurriculares fazendo com que os trajetos principais coincidam com as horas de ponta e com as implicações sociais, emocionais e relacionais que daqui resultam. A este propósito, pais e professores reportam preocupação sobre o número de horas que crianças estão sentadas em sala de aula parecendo que não sobra tempo para comer, dormir e brincar - as necessidades básicas de uma criança-. Na opinião de alguns especialistas trata-se de uma verdadeira *sova de cadeira*.

Contrariamente ao que poderia ser de esperar, nomeadamente um problema de saúde, encontra-se como causas para medicar a falta de atenção na escola, as más

notas e a manifesta necessidade de atividade física. Professores e encarregados de educação parecem valorizar a performance académica das crianças e pré-adolescentes e para manter os níveis que consideram desejáveis recorrem à medicação. Os adultos revelam acreditar que a medicação com metilfenidato resolve *per se* as questões da atenção, “falhas” académicas e da necessidade de movimento das crianças e dos pré-adolescentes. Numa visão quase exclusivamente focada no resultado final em forma de nota são esquecidas as causas que levam a que as crianças e pré-adolescentes não se consigam interessar pelos conteúdos que são propostos em contexto escolar. Sobre este assunto os professores sentem uma grande pressão dos encarregados de educação e da própria escola no sentido da medicação para a *boa nota*.

Paradoxalmente, os encarregados de educação percecionam uma grande pressão por parte dos professores e da escola no sentido da medicação. A este propósito os encarregados de educação reportam o conflito familiar como consequência da opção de medicar os seus educandos. Medicar uma criança ou um pré-adolescente tendo por base as diferentes pressões sentidas corrobora as conclusões anteriormente apresentadas neste trabalho no sentido de quase nos esquecermos que estamos perante um medicamento que tem como objetivo tratar uma questão médica. A subjetividade e a arbitrariedade em torno da opção de medicar ou não medicar parte muitas das vezes das pressões sentidas por não especialistas de saúde. E, se tivermos em conta que o ensino básico em Portugal integra 4 anos e neste estudo há crianças medicadas há 5 e mais de 5 anos, é possível perceber que se trata de indivíduos que passaram a sua infância medicados. É interessante constatar que o tempo em que uma criança está medicada em Lisboa e Região Centro é tendencialmente superior ao reportado nos Açores. A totalidade dos professores considera que os alunos estão mais agitados, um fenómeno crescente. As questões familiares e os números de alunos por turma são questões que perturbam o normal funcionamento em sala de aula, mas que excedem o âmbito das funções de professor. Esta agitação contribui para a desatenção, mas não é uma questão de doença. Neste trabalho, e tendo em conta a reduzida amostra estudada, somos convidados a sugerir que as questões que podem justificar a agitação dos

alunos não se prendem com questões de saúde. A maioria dos respondentes reporta a realização de exames médicos o que contraria positivamente muitos dos alertas lançados pelos especialistas nesta matéria. Mas, sobre o nível de informação sobre os medicamentos para a PHDA é revelada uma gritante falta de informação, o que se revela preocupante na medida em que estamos perante um medicamento que integra a família dos psicotrópicos e incide diretamente sobre o comportamento dos indivíduos, e, revela efeitos secundários com impacto negativo no dia-a-dia das crianças e dos pré-adolescentes.

Concluimos que não há um consenso nem tão pouco uma uniformidade de critérios que salguarde uma medicação descontaminada de enviesamentos e outros interesses. Por outro lado, ao recorrer à medicação com metilfenidato como primeira opção torna-se evidente a falta de recursos em contexto escolar e ainda uma falta de esclarecimentos em torno quer da medicação quer da problemática da perturbação. O vazio de apoio psicológico, psicossocial e psicopedagógico foi o caminho fértil para a facilidade de conseguir um diagnóstico favorável à medicação ignorando assim a causa da manifestação da aparente desatenção muito relacionada com as questões familiares, no recurso às redes sociais e no elevado número de alunos por turma.

Este estudo traz à luz uma ambiguidade no sentido em que o maior volume de pedidos de prescrição aparece sugerido maioritariamente pelos profissionais de educação, nomeadamente os educadores de infância e os professores do 1º ciclo e pelos encarregados de educação. Na maioria das vezes o instrumento de diagnóstico é aplicado pelos professores, mas é sempre um médico que prescreve o medicamento - de receita médica obrigatória. Há neste momento estudos a decorrer sobre o impacto ao nível da dependência física associada a este medicamento, sendo a dependência psicológica fácil de entender tendo em conta as pressões e motivações associadas à necessidade de toma de psicotrópicos para atingir determinados fins, como se de um *dopping* mental se tratasse.

Procurando responder a um dos objetivos deste trabalho, elencamos algumas pistas para ação que decorrem deste trabalho:

- Estabelecer vínculos institucionais que promovam as relações de proximidade entre os professores, os encarregados de educação e demais cuidadores sempre que a necessidade assim o exija. Desta forma sugerimos unir esforços, rentabilizar recursos, procurar soluções concertadas para os desafios associados à aparente falta de atenção dos alunos. Levar para o contexto escolar o debate e a reflexão esclarecida sobre as questões da falta de atenção, nomeadamente a importância da família, das boas práticas em sala de aula, as questões do desenvolvimento das crianças onde se destaca o dormir, o brincar e o movimento físico. Promover a reflexão profunda e aberta em torno das questões associadas à aparente falta de atenção nomeadamente através da realização de escolas de educadores, escolas de pais e formação específica onde todos os intervenientes no processo educativo estejam presentes.
- Encarar o problema da aparente falta de atenção não como um problema do aluno, mas como a manifestação natural e genuína de múltiplos problemas percecionados/vividos pelo aluno.
- Ter em conta que o sexo e a idade dos alunos são relevantes em contexto escolar nomeadamente ao nível físico, emocional e relacional.
- Explorar e divulgar áreas amplamente estudadas pela ciência e com manifestos resultados positivos em contexto escolar como sejam a música, as expressões plásticas, entre outras.
- Acautelar e sensibilizar os professores e encarregados de educação para a influência das questões culturais, religiosas e sociais uma vez que assumem um carácter fundamental em contexto escolar.
- Convidar os professores e os encarregados de educação a questionar-se a si próprios se gostariam de ser o aluno naquele contexto educativo.
- Ter presente que a carga horária imposta aos alunos em sala de aula e em contexto escolar não é passível de aceitar para adultos.

Consideramos ter respondido à questão de investigação que motivou e alimentou este trabalho e da mesma forma consideramos ter respondido aos objetivos a que

nos propusemos para este trabalho, nomeadamente elencando algumas pistas específicas para ação em contexto escolar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics (2011). ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 128(5): 1007–1022. Acedido em Março, 2017, em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4500647/>
- Abikoff, H., Courtney, M. E., Szeibel, P. J., & Koplewicz, H. S. (1996). The effects of Auditory Stimulation on the Arithmetic Performance of Children with ADHD and Nondisabled Children. *Journal of Learning Disabilities*, 29: 238-246.
- Alexander, J. C. (1990). Analytical Debates: Understanding the relative autonomy of culture. In J. C. Alexander; S. Seidman (Eds.), *Culture and Society: Contemporary debates*. New York: Cambridge University Press.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Ed. Revista). Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo, D. F., & Almondes, K. M. (2012). Qualidade de Sono e sua Relação com o Rendimento Académico em Estudantes Universitários de Turnos Distintos. *PSICO, Porto Alegre, PUCRS*, 43(3): 350-359.
- Bañol, F. S. (1993). *Biomúsica*. São Paulo: Icone.
- Barbosa, A., Barbosa, G., & Amorim, G. (2005). *Hiperatividade: conhecendo sua realidade*. São Paulo: Caso do Psicólogo.
- Barkley, R. et al. (2002). International Consensus Statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5: 89–111. Acedido em Dezembro, 2016, em: <http://www.russellbarkley.org/factsheets/Consensus2002.pdf>
- Barkley, R. A. (2006). The Nature of ADHD - History. In R. A. Barkley (Ed.). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3-75). New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A., & Peters, H. (2012). The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of attention deficit (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). *Journal of Attention Disorders*, 16 (8): 623–30. Acedido em Dezembro, 2016, em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22323122>.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70.
- Bazeley, P. (2007). *Qualitative Data Analysis with Nvivo*. London: Sage Publication.
- Benach, J., & Muntaner, C. (2007). Precarious employment and health: developing a research agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(4): 276–277.
- Blunden, S. L. (2011). Behavioural Sleep Disorders across the Developmental Age Span: An Overview of Causes, Consequences and Treatment Modalities. *Psychology*, 3(3): 249-256.
- Boavida, J. E., Porfírio, H., Nogueira, S., & Borges, L. (1998). *A criança hiperativa*. Coimbra: Centro de desenvolvimento da criança do HPC.
- Boavida J. (2006). Hiperatividade ou “má educação”? *Saúde Infantil*, 28(2): 3-5.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bruni, L., & Porta, P. (2007). *Handbook on the Economics of Happiness*. UK: Edward Elgar Publishing.
- Burillo, G., Aldea, A., Rodríguez, C., García, M., Climent, B., Dueñas, A., & Hoffmann, R. (2013). Drogas emergentes (II): El pharming. In *Anales del Sistema Sanitário de Navarra*. 36(1). (99-114).
- Campos, C. J. C. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5): 611-614.

- Campos D.C. (2006) Música; neuropsicologia; transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): diálogo entre Arte e Saúde. In *Actas do XVI Congresso da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Música (ANPPOM)*. Brasília, 2006. Acedido em Dezembro, 2016, em: [http://antigo.anppom.com.br/anais/anaiscongresso\\_anppom\\_2006/CDROM/COM/05\\_Com\\_Musterap/sessao01/05COM\\_Musterap\\_0105-255.pdf](http://antigo.anppom.com.br/anais/anaiscongresso_anppom_2006/CDROM/COM/05_Com_Musterap/sessao01/05COM_Musterap_0105-255.pdf)
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação. Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- CDSS (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*. Portugal, Organização Mundial da Saúde.
- Cocke, A. (2002). Brain may also pump up from workout. Acedido em Dezembro, 2016, em: <http://www.neurosurgery.medsch.ucla.edu/whastnew/societyforneuroscience.htm>.
- Conners, K. (1997). *Conners' Rating Scales-Revised - Technical Manual*. New York: Multi-Health Systems Inc.
- Conners, C. K. (2009). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperactividade*. Porto Alegre: Artemed.
- Conselho Nacional da Educação- Estado da Educação (2015). Acedido em Janeiro, 2017, em: [www.cnedu.pt](http://www.cnedu.pt).
- Costa, R. C. (2017). *I Agora? A esfera dos livros*.
- Coutinho, C. P. (2013). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. (2ª ed.). Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Cresswell, J. W. (2008) *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. London: Sage.
- Crichton, A. (1798). An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects. London: Cadell, Davies.
- Curcio, G., Ferrara M., & Dennaro L. D. (2006). Sleep loss, Learning capacity and Academic performance. *Sleep Medicine*, 10: 323-337.
- Delors, J., Mufti, I., Amagi, I., Carneiro, R., Chung, F.; Geremek, B., et al. (1996). *Educação um Tesouro a Descobrir. Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI*. Porto: Edições ASA.
- Direção Geral de Saúde, *Portugal Saúde Mental em Números-2014*. Programa Nacional para a Saúde Mental.
- Direção Geral de Saúde, *Portugal Saúde Mental em Números-2015*. Programa Nacional para a Saúde Mental.
- Dunn, A., Trivedi, M., & O'Neal, H. (2001). Physical activity dose response effects on outcomes of depression and anxiety. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33, 587-670.
- Erskine, H., Ferrari, A., Nelson, P., Polanczyk, G., Flaxman, A., Vos, T., & Scott, J. (2013). Research review: Epidemiological modelling of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder for the global burden of disease study 2010. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 54(12), 1263-1274.
- Fonseca, A. C., Simões, M. R., Rebelo, J. A., & Cardoso, F. (1996). A Escala Revista de Conners para Professores (Conners-28): Dados normativos para a população escolar portuguesa. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano XXX (3): 83-107.
- Fonseca, A. C. (1998). Problemas de atenção e hiperatividade na criança e no adolescente: Questões e perspectivas atuais. *Psychologica*, 19: 165-199.
- Fonseca, A. C., Simões, M. R., Rebelo, J. A., Borges, L., Fernandes, J. B., Oliveira, M. G., et al. (1998a). Hiperatividade na comunidade e hiperatividade em meio clínico: Semelhanças e diferenças. *Psychologica*, 19: 111-122.

- Fonseca, A. C., Simões, M. R., & Rebelo, J. A. (1998b). A Hiperatividade da criança vista pelos adultos: Dados de um estudo exploratório. *Psychologica*, 19: 209- 221.
- Garcia, I. (2001). *Hiperatividade: Prevenção, Avaliação e Tratamento na Infância*. Lisboa: Editora McGraw-Hill Portugal.
- Gaston, E. Thayer. *Music in Therapy*. New York: Macmillan, 1968.
- Geron, E. (1996). Intelligence of Child and Adolescent Participants in Sports. In *The Child and Adolescent Athlete* (Vol. 6). Oxford: Blackwell Science.
- Giddens, A. (1991). *As Consequências da Modernidade*. Editora UNESP. Brasil.
- Giddens, A. (2006). *O Mundo na Era da Globalização*. 6ª Ed. Lisboa: Editorial Presença.
- Giddens, A., & Pierson, C. (2000). *Conversas com Anthony Giddens. O sentido da modernidade*. Editora FGV. Brasil.
- Goldstein, S., & Goldstein, M. (1998). *Managing Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children: A guide for practitioners* (2ª ed.). New York: John Willey & Sons.
- Goodman, G., & Poillon, M. J. (1992). Add: acronym for any dysfunction or difficulty. *The Journal of Special Education*, 26 (1): 37-56.
- Greene, J.C., Caracelli, V.J., & Graham, W.F. (1989). Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educational evaluation and policy analysis*, 11(3): 255-274.
- Guyton & Hall, (2002). *Tratado de Fisiologia Médica: Estados da actividade cerebral- sono, ondas cerebrais, epilepsia e psicoses*. (9ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Elsevier.
- Hanneford, C. (1995). *Smart moves: Why learning is not all in your head*. Arlington: Great Oceans Publishing.
- Hérbert, A. (2015). *TDA/H, La boîte à outils*. Éditions de Mortagne.
- Hesse-Biber, S.N., & Johnson, R.B. (2014). *The Oxford handbook of multimethod and mixed methods research*. New York: Oxford University Press.
- Hill, M. (2003). *Understanding Social Policy* (7ª ed.). Editora Wiley.
- Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of health: Its operationalisation and use in public health and healthcare and in evaluating health effects of food*. Maastricht: Maastricht University.
- Jackson, N. A. (2003). A Survey of Music Therapy Methods and Their Role in the Treatment of Early Elementary School Children with ADHD. *Journal of Music Therapy*, XL(4): 302-323.
- Joffre, V., García, G., & Joffre, L. (2007). Trastorno por déficit de la atención e hiperactividad de la infancia a la vida adulta. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(4): 176-181. Acedido em Janeiro, 2017, em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf074e.pdf>
- Jourdain, R. (1998). *Música, Cérebro e Êxtase. Como a música captura nossa imaginação*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Kabrita, C., Muça, T., & Duffy, J. (2014). Predictors of poor sleep quality among Lebanese university students: association between evening typology, lifestyle behaviours, and sleep habits. *Nature and Science Sleep*, 6: 11-18.
- Kryger, M. H., Roth, T., & Dement, W. C. (2011). *Principles and practice of sleep medicine*. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier.
- Kryger, M., Monjan, A., Bliwise, D., & Ancoli-Israel, S. (2004). Sleep, health, and aging. *Geriatrics*, 59(1): 24-30.
- Laevers, F., & Heylen, H. (2006). Involvement of children and teacher style. Insights from an international study on experiential education. Leuven: Leuven University Press.
- Lessard-Hérbet, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1990). *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Loe, I., & Feldman, H. (2007) Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6): 643-654.



- Lopes, J. (2004). *A Hiperactividade*. Coimbra: Edições Quarteto.
- Loureiro, I., Miranda, N., & Miguel, J. M. P. (2013). Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: Refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(1): 23-31.
- Mendes, R. L., Fernandes, A., & Garcia, T. F. (2004). Hábitos e Perturbações do Sono em Crianças em Idade Escolar. *Acta Pediatr Port*, 35: 341-7.
- Mila, Juan. (2003). *Inestables TDAH o AD/HD*. Montevideo Uruguay: Psicolibros Waslala.
- Miller, L.B. (1986). A description of children's musical behaviors: Naturalistic. *Bulletin of the Council for Research in Music Education*, 87: 1-16.
- Mitchell, D. (1994). The relationship between rhythmic competency and academic performance in first grade children. Doctoral Dissertation. Orlando: University of Central Florida Department of Exceptional and Physical Education.
- Neto, A. S. (2014). *Hiperatividade e Déficit de Atenção* (3ª ed.). Verso da Kapa-Edição de livros, Lda.
- Neto, C. & Marques, A. (2004). A mudança de competências motoras na criança moderna: a importância do jogo de actividade física. In J. Barreiros; M. Godinho; R. Melo & C. Neto (Eds.). *Desenvolvimento e Aprendizagem: Perspectivas Cruzadas* (1- 27). CIPER, Lisboa: Edições FMH.
- Neto, C. (2007). *Jogo na criança & desenvolvimento psicomotor*. Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa. Ano.
- Nunes, E. (2011). Celebração do 25º aniversário da Carta de Ottawa: em foco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(2): 200-202.
- O'Donnell, J., Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Abbott, R. D., & Day, L. E. (1995). Preventing school failure, drug use, and delinquency among low-income children: Long- term intervention in elementary schools. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65: 87- 100.
- O'Leary, Z. (2010). *The essential guide to doing your research project*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Orjales Villar, Isabel (2002). *El niño muy movido o despistado*. Ed.Médici.
- Paiva, T. (2015). *Bom sono, boa vida* (7ª ed.). Alfragide: Oficina do Livro.
- Paiva, T., & Penzel, T. (2011). *Centro de medicina do sono*. Lisboa: LIDEL.
- Paiva, T., & Pinto, H. (2010). *Os Mistérios do Sono*. Lisboa: Bertrand Editora.
- Pastor, P., & Reuben, C. (2008). Diagnosed attention deficit hyperactivity disorder and learning disability: United States, 2004-2006. *Vital and Health Statistics. National Health Survey*, 237(10): 1-14.
- Pelaz, A., Mardomingo, M., Herreros, O., Rodríguez, P., Gastaminza, X., Muñoz, A., Plaza, S. (2013). Medicación estimulante para el TDAH en el entorno escolar: Metilfenidato 30:70. *Revista de Psiquiatria Infanto-Juvenil*, 30(1), 16-26. Acedido em Abril, 2017, em: [http://www.psiquiatria.com/trastornos\\_infantiles/medicacion-estimulante-para-el-tdah-en-el-entorno-escolar-metilfenidato-3070/](http://www.psiquiatria.com/trastornos_infantiles/medicacion-estimulante-para-el-tdah-en-el-entorno-escolar-metilfenidato-3070/)
- Ponte, J. P. (1997). *As Novas Tecnologias e a Educação*. Lisboa: Texto Editora.
- Portugal, G. (2009). Desenvolvimento e aprendizagem na infância. In *A Educação das Crianças dos 0 aos 12 anos* (33 – 67). Estudos e Relatórios. Lisboa: Conselho Nacional de Educação.
- Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (2013). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (6ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Ramirez, W., Vinaccia, S., & Suárez, G. (2004). El Impacto de la Actividad Física y el Deporte sobre la Salud, la Cognición, la Socialización e el Rendimiento Académico: Una Revisión Teórica. *Revista de Estudios Sociales*, 18: 67-75.
- Rebelo, J. A. S. (1986). Para uma delimitação da noção de criança hiperactiva. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano XX (20): 203-218.
- Ribas, J.C. (1957). *Música e Medicina* (2ª ed.). São Paulo: EDIGRAF.

- Rodrigues, A. N. (2005). Contributos para a utilização das Escalas de Conners Revistas (1997) no processo de avaliação da PHDA - (Parte I). *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 12(2): 71-95.
- Rodrigues, A. N. (2006). Contributos para a utilização das Escalas de Conners Revistas (1997) no processo de avaliação da PHDA - Parte II - Diferenças entre professores e pais no processo de referência e avaliação. *Revista de educação especial e Reabilitação*, 13: 7-20.
- Rodrigues, A. N. (2007). *Hiperactividade e Défice de Atenção - Compreender e Intervir na Escola e na Família*. Acedido em Fevereiro, 2017, em: <http://www.cadim.net> 131.
- Rodrigues, A. N. (2008). Intervenção Multimodal da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. *Diversidades*, 6(21): 9-12.
- Rubin, H. J., & Rubin, I. S. (2005). *Qualitative interviewing: The art of hearing data* (2 ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ryff, C.D., & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69: 719-727.
- Sá, E. (2014). *Hoje não vou à escola*. Editora: Lua de papel.
- Salgueiro, E. G. (1996). O desenvolvimento motor, o afecto e o pensamento na criança irrequieta. *Actas de Psicologia Clínica*, Especial Forum, 1992, pp.217-227.
- Salgueiro, E. G. (2001). A hiperactividade na criança: doença ou mal-de-viver ? (versão revista). *Nascer e Crescer* (Revista do Hospital de Crianças Maria Pia, Porto). Pp.210-215.
- Santos, J. (2009). *É através da via emocional que a criança aprende o mundo exterior*. Guide – Artes Gráficas, Lda.
- Selikowitz, M. (2010). *Défice de Atenção e Hiperactividade*. Alfragide: Texto Editores.
- Serra, F. (2014). *Efeitos da crise económica na saúde mental: Portugal na União Europeia (2004-2012)*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia, Coimbra.
- Shephard, R. (1997). Relation of academic performance to physical activity and fitness in children. *Pediatric Exercise Science*, 13: 225-238.
- Sieber, S. D. (1973). The integration of Fieldwork and Survey methods. *American Journal of Sociology*, 78(6): 1335 – 1359.
- Sibley, B.A. & Etnier, J.L. (2003). The relationship between physical activity and cognition in children: a meta-analysis. *Pediatr. Exerc. Sci.*, 15: 243 – 256.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York: Guilford Press.
- Silva, F. G., Silva C. R., Braga, L. B., & Neto A. S. (2014). Portuguese Children's Sleep Habits Questionnaire: validation and cross cultural comparison. *J. Pediatr (Rio J)*. 90(1):78-84.
- Smith, M. (2014). *Hyperactive: The Controversial History of ADHD*. London: Reaktion Books.
- Sosin, D. & Sosin, M. (2006). *Compreender a Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade*. Porto: Porto Editora.
- Souza, V.H.P. (1995). *Contribuições ao estudo da hiperatividade: determinação de índices para avaliação de comportamento irrequieto e alternativa de tratamento através de música*. Instituto de Psicologia, USP.
- Steele, A.L. (1987). Contingent socio-music listening periods in a preschool setting. In: Madsen, C. (Org.). *Research in music behavior: modifying music behavior in the classroom* (2 ed.). (32-8) London: University Microfilms International.
- Still, G. F. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*, 1, 1008-1012, 1077-1082, 1163-1168.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2003). Issues and dilemmas in teaching research methods courses in social and behavioral sciences: a US perspective. *International Journal of Social Research Methodology*, 6(1): 61-77.

- Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J. *et al.* (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder - first up-grade. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(1): 7-30.
- Teplov, R. M. (1977). Aspectos psicológicos da educação artística. In Luria, A. et al. *Psicologia e Pedagogia*. Trad. Maria Flor Marques Simões. Lisboa: Estampa. p.123-53.
- Urra, J. (2007). *O Pequeno Ditador*. Edição: A esfera dos livros.
- Vala, J. (1986). Análise de Conteúdo. In A. S. Silva & J. M. Pinto. *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Vaillant, G.E. (2003). *Aging well*. New York, NY: Little Brown.
- Vandenbroeck, P. (2014, Julho). *Problemas Sociais Complexos: Desafios e Respostas*. Comunicação apresentada na Conferência internacional Problemas Sociais Complexos: Desafios e Respostas, Fundação Calouste Gulbenkian, Portugal.
- World Health Organization (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June 1946*; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the 84).
- Yin, R. K. (2009). *Case study research design and methods*. California: Sage.
- Yoon, S., Jain, U., & Shapiro, C. (2012). Sleep in attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adults: Past, present and future. *Sleep Medicine Reviews*, 16 (4): 371-388.

#### Sites consultados

[www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt)

[www.unicef.pt](http://www.unicef.pt)

[dge.mec.pt](http://dge.mec.pt)

[www.fda.gov](http://www.fda.gov)

[www.lusa.pt](http://www.lusa.pt)

[www.infopedia.pt](http://www.infopedia.pt)

[www.aap.org](http://www.aap.org)

# ANEXOS

## ANEXO I - ESCALA DE CONNERS

### ESCALA DE CONNERS PARA PROFESSORES – VERSÃO REVISTA (FORMA COMPLETA)

(Keith Connors, PhD., 1997)

Nome:	Sexo:	F	M
Data de Nascimento:	Idade:		
Ano de Escolaridade:			
Nome do Professor:			
Data de Preenchimento:			

1. Nas suas próprias palavras, descreva brevemente o principal problema da criança.

---

---

---

---

2. Rendimento nas actividades escolares.

Actividade	Acima da Média	Média	Abaixo da Média	Muito Abaixo da Média
Leitura				
Matemática				
Caligrafia				
Ditado				
Outras				

**Instruções:** Abaixo estão discriminados alguns dos problemas mais comuns que afectam as crianças no seu percurso de desenvolvimento. Muitas destas características são normais e passageiras desde que não se manifestem com elevados valores ao nível da intensidade, frequência e duração. Por favor, responda avaliando o comportamento da criança durante o último mês. Por cada item, pergunte-se: “Com que frequência isto aconteceu?”, e marque a melhor resposta para cada um. Nenhuma, nunca, raramente ou com pouca frequência, pode marcar 0. Verdadeiramente, ou se ocorre muitas vezes e frequentemente marque 3. Pode marcar 1 ou 2 para classificações entre um e outro. **Por favor responda a todos os itens.**

**Classificação tipo:**

Classificação tipo:

NUNCA 0	UM POUCO 1	FREQUENTEMENTE 2	MUITO FREQUENTE 3	
1. Comportamento de desafio face ao adulto.	0	1	2	3
2. Inquieto, "tem bichos-carpinteiros", (mexe o corpo sem sair do lugar).	0	1	2	3
3- Esquece-se de coisas que já aprendeu.	0	1	2	3
4. Parece não ser bem aceite pelo grupo.	0	1	2	3
5. É uma criança que se ressent com facilidade nos seus sentimentos.	0	1	2	3
6. É perfeccionista.	0	1	2	3
7. Tem um temperamento explosivo e imprevisível.	0	1	2	3
8. Excitável e impulsivo.	0	1	2	3
9. Não dá atenção a detalhes e executa erros de descuido nos trabalhos escolares, trabalho ou outras actividades.	0	1	2	3
10. Rude, desrespeitador, "mal-educado".	0	1	2	3
11. Mexe-se muito como se estivesse sempre "ligado a um motor".	0	1	2	3
12. Evita, exprime desagrado ou apresenta dificuldade em envolver-se em actividades que requeiram um esforço mental prolongado (tal como trabalhos escolares ou de casa). ✗	0	1	2	3
13. É um dos últimos a ser escolhido para formar equipas de jogo ou construir grupos de trabalho.	0	1	2	3
14. É uma criança emotiva. ✗	0	1	2	3
15. Tudo tem de ser como ele ou ela quer.	0	1	2	3
16. Inquieto, e apresentando excesso de actividade motora, incapacidade de ficar sossegado.	0	1	2	3
17. Não termina as coisas que começa. ✗	0	1	2	3
18. Parece não ouvir o que se lhe diz. ✗	0	1	2	3
19. Desafia o adulto e não colabora com os pedidos que lhe são feitos.	0	1	2	3
20. Levanta-se do lugar na sala de aula e noutras situações em que deveria ficar sentado.	0	1	2	3
21. Soletira de forma pobre.	0	1	2	3
22. Não tem amigos.	0	1	2	3
23. Tímido, assusta-se com facilidade.	0	1	2	3
24. Verifica as suas coisas de forma repetitiva.	0	1	2	3
25. Chora com facilidade e frequentemente.	0	1	2	3
26. Desatento, distrai-se facilmente. ✗	0	1	2	3
27. Tem dificuldade em organizar tarefas e actividades. ✗	0	1	2	3
28. Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades.	0	1	2	3
29. Tem dificuldade em esperar pela sua vez. ✗	0	1	2	3
30. Capacidades de leitura abaixo do esperado.	0	1	2	3
31. Não sabe como fazer amigos.	0	1	2	3
32. Muito sensível a críticas.	0	1	2	3
33. Parece focalizar-se nos detalhes de uma forma exagerada.	0	1	2	3
34. Inquieto (sem mudar de lugar, mexer em coisas ou pequenas partes do corpo como mãos, os pés, etc. Parece ter "bicho carpinteiro".	0	1	2	3
35. Perturba as outras crianças.	0	1	2	3
36. Fala excessivamente.	0	1	2	3
37. Argumenta com os adultos.	0	1	2	3



38. Não consegue manter-se sossegado.	0	1	2	3
39. Corre em volta do espaço ou trepa de forma excessiva em situações em que esses comportamentos não são adequados.	0	1	2	3
40. Não se interessa pelo trabalho escolar.	0	1	2	3
41. Tem algumas dificuldades a nível das competências sociais.	0	1	2	3
42. Tem dificuldade em empenhar-se em jogos ou actividades de lazer, de forma sossegada.	0	1	2	3
43. Gosta de tudo arrumado e limpo.	0	1	2	3
44. Mexe os pés e as mãos e está irrequieto no seu lugar.	0	1	2	3
45. Os pedidos têm de ser imediatamente satisfeitos - frustra-se com facilidade.	0	1	2	3
46. Responde com impulsividade, antes das questões terem sido terminadas.	0	1	2	3
47. Vingativo ou "maldoso".	0	1	2	3
48. Tem um tempo curto de atenção.	0	1	2	3
49. Perde materiais necessários às actividades e trabalhos escolares (por exemplo: trabalhos de casa, lápis, canetas, etc.).	0	1	2	3
50. Dá apenas atenção a coisas em que está realmente interessado.	0	1	2	3
51. Tímido e com tendência a isolar-se.	0	1	2	3
52. Distraído ou apresentando tempo curto de atenção.	0	1	2	3
53. As coisas têm de ser sempre feitas da mesma forma.	0	1	2	3
54. Muda de disposição rápida e drasticamente.	0	1	2	3
55. Interrompe e intromete-se (por exemplo: nos jogos ou conversas de outros).	0	1	2	3
56. Pobre em aritmética	0	1	2	3
57. Não segue instruções que lhe foram dadas e não termina o trabalho escolar (não devido a comportamentos de oposição nem por falta de compreensão do que lhe foi pedido).	0	1	2	3
58. Distrai-se facilmente com estímulos exteriores (externos).	0	1	2	3
59. Inquieto, sempre a levantar-se e a movimentar-se pelo espaço.	0	1	2	3

Muito obrigado pela sua colaboração.

## ANEXO II - BULA

Ritalina LA 20 mg cápsulas de libertação modificada  
Ritalina LA 30 mg cápsulas de libertação modificada  
Ritalina LA 40 mg cápsulas de libertação modificada  
Ritalina LA 60 mg cápsulas de libertação modificada

Cloridrato de metilfenidato

O nome deste medicamento é Ritalina LA. Contém a substância ativa cloridrato de metilfenidato. O nome metilfenidato também será utilizado neste Folheto Informativo.

Leia atentamente este folheto informativo antes de tomar este medicamento ou dar a tomar à sua criança.

- Conserve este folheto. Pode ter necessidade de o ler novamente.
- Caso ainda tenha dúvidas, fale com o seu médico ou farmacêutico.
- Este medicamento foi receitado para si ou para a sua criança. Não deve dá-lo a outros. O medicamento pode ser-lhes prejudicial mesmo que apresentem os mesmos sinais da doença.
- Se tiver quaisquer efeitos secundários, incluindo efeitos secundários não indicados neste folheto, fale com o seu médico ou farmacêutico.

O que contém este folheto:

1. O que é Ritalina LA e para que é utilizado
2. O que precisa de saber antes de tomar ou dar a tomar à sua criança Ritalina LA
3. Como tomar Ritalina LA
4. Efeitos secundários possíveis
5. Como conservar Ritalina LA
6. Conteúdo da embalagem e outras informações

### 1. O que é Ritalina LA e para que é utilizado

- Ritalina LA é utilizado para tratar a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA).
- É utilizado em crianças e adolescentes entre os 6 e os 18 anos de idade e em adultos.
- É apenas utilizado após serem testados tratamentos que não envolvem medicamentos, tais como aconselhamento e terapia comportamental e que tenham sido insuficientes.

Ritalina LA não se destina a ser utilizado como tratamento para a PHDA em crianças com menos de 6 anos de idade. Desconhece-se a segurança e eficácia da utilização deste medicamento em crianças com idade inferior a 6 anos.

Como funciona

medicamento pode ajudar a melhorar a atenção (desvios de atenção), a concentração e a reduzir o comportamento impulsivo.

Este medicamento é utilizado como parte de um programa de tratamento que geralmente inclui:

- terapia psicológica
- terapia educacional
- terapia social.

Ritalina LA é prescrito apenas por médicos especialistas em alterações do comportamento. Este especialista irá fazer o seu seguimento após o tratamento. É necessário um exame completo. Se for adulto e não tiver sido tratado previamente, o especialista irá efetuar testes para confirmar se teve PHDA desde a infância. Utilizando programas de tratamento assim como medicação ajuda a controlar a PHDA.

#### Acerca da PHDA

As crianças e os jovens com PHDA têm:

- dificuldade em permanecer sentadas
- dificuldade de concentração

Não pode ser atribuída culpa às crianças e jovens pelo facto de não conseguirem desempenhar estas ações.

Muitas crianças e jovens esforçam-se para desempenhar estas ações. No entanto, devido à PHDA elas podem causar problemas no dia a dia. As crianças e os jovens com PHDA podem ter dificuldade em aprender e a fazer os trabalhos de casa. Podem considerar difícil comportar-se bem em casa, na escola ou noutros locais.

Os adultos com PHDA têm frequentemente dificuldade em se concentrar. Sentem-se frequentemente inquietos, impacientes e desatentos. Podem ter dificuldade em organizar a sua vida pessoal e o seu trabalho.

Nem todos os doentes com PHDA necessitam de ser tratados com medicação.

A PHDA não afeta a inteligência.

#### Exames durante o tratamento com Ritalina LA

O seu médico irá verificar regularmente o seu estado de saúde enquanto estiver a ser tratado com Ritalina LA (Por favor leia cuidadosamente a secção 3 “Aspetos que o seu médico irá avaliar enquanto você ou a sua criança está a ser tratado”).

## 2. O que precisa de saber antes de tomar ou dar a tomar à sua criança Ritalina LA

Não tome nem dê a tomar à sua criança Ritalina LA



Ritalina LA (listados na secção 6)

- se tem problemas de tiroide
- se tem pressão aumentada no olho (glaucoma)
- se tem um tumor na glândula suprarrenal (feocromocitoma)
- se tem um problema alimentar, não sentindo fome ou vontade de comer, como por exemplo anorexia nervosa
- se tem pressão arterial muito elevada ou constrição dos vasos sanguíneos, que podem causar dor nos braços e pernas
- se alguma vez teve problemas cardíacos, tal como ataque cardíaco, batimento cardíaco irregular, dor e desconforto no peito, insuficiência cardíaca, doença cardíaca ou nasceu com um problema cardíaco
- se teve um problema nos vasos sanguíneos do cérebro, tal como acidente vascular cerebral (AVC), inchaço e enfraquecimento de parte de um vaso sanguíneo (aneurisma), constrição ou bloqueio dos vasos sanguíneos ou inflamação dos vasos sanguíneos (vasculite)
- se está atualmente a tomar ou tomou, nos últimos 14 dias, um antidepressivo (conhecido como inibidor da monoaminoxidase) (ver secção “Ao tomar Ritalina LA com outros medicamentos”)
- se tem problemas de saúde mental, tais como:
  - problema psicopático ou de personalidade borderline
  - pensamentos anormais ou visões ou uma doença denominada esquizofrenia
  - sinais de problemas graves de humor tais como:
    - pensamentos suicidas
    - depressão grave, em que se sente muito triste, inútil e desanimado
    - mania, em que se sente extraordinariamente animado, hiperativo e desinibido.

Não tome metilfenidato se alguma das condições mencionadas anteriormente se aplica a si ou à sua criança. Se não tem a certeza, fale com o seu médico ou farmacêutico antes de tomar ou da sua criança tomar metilfenidato, pois o metilfenidato pode agravar esses problemas.

Verifique com o seu médico ou farmacêutico antes do tratamento, se você ou a sua criança:

- tem problemas de fígado ou rins
- alguma vez teve ataques epiléticos (convulsões, epilepsia) ou algum resultado anormal no eletroencefalograma (EEG)
- alguma vez abusou ou esteve dependente de álcool, medicamentos sujeitos a receita médica ou drogas
- é mulher e iniciou a menstruação (ver a secção 2 “Gravidez e aleitamento”)
- tem contrações repetitivas e difíceis de controlar de alguma parte do corpo ou repete sons e palavras
- tem pressão arterial elevada
- tem um problema cardíaco que não está descrito na secção acima “Não tome nem dê a tomar à sua criança Ritalina LA”

- t

re mdê a tomar à sua criança Ritalina LA”. Outros problemas de saúde mental incluem:

- alterações de humor (desde o estado maníaco ao estado depressivo – denominada doença bipolar)
- começar a ser agressivo ou hostil, ou agravamento da agressividade
- ver, ouvir ou sentir coisas que não existem (alucinações)
- acreditar em factos que não são verdadeiros (delírios)
- sentir suspeitas invulgares (paranoia)
- sentir-se agitado, ansioso ou tenso
- sentir-se deprimido ou culpado.

Durante o tratamento, rapazes e adolescentes podem experimentar inesperadamente ereções prolongadas. Estas podem ser dolorosas e ocorrer a qualquer momento. É importante consultar imediatamente o médico se a ereção se prolongar por mais de 2 horas, em particular se for dolorosa.

Informe o seu médico ou farmacêutico, antes de iniciar o tratamento, se alguma das situações mencionadas anteriormente se aplicar a si ou à sua criança. O metilfenidato pode agravar esses problemas. O seu médico irá monitorizar o modo como o medicamento o afeta a si ou à sua criança.

Avaliações que o seu médico irá realizar antes de iniciar o tratamento com metilfenidato  
Estas avaliações destinam-se a decidir se o metilfenidato é o medicamento correto para si ou para a sua criança. O seu médico irá falar consigo sobre:

- outros medicamentos que está, ou a sua criança está, a tomar
- existência de história familiar de morte súbita inexplicável
- outros problemas médicos (tal como problemas cardíacos) que afetam a si e à sua família
- o modo como se sente, ou como a sua criança se sente, tal como sentir-se bem ou mal, ter pensamentos estranhos ou se alguma vez teve esses sentimentos no passado
- existência de história familiar de “tiques” (contrações repetitivas e difíceis de controlar de alguma parte do corpo ou repetição de sons e palavras)
- algum problema de saúde mental ou de comportamento que afetam a si, a sua criança ou qualquer elemento da sua família. O seu médico irá avaliar se está ou a sua criança está, em risco de ter alterações de humor (desde o estado maníaco ao estado depressivo – denominada doença bipolar). Ele irá avaliar a sua história de saúde mental e verificar se algum membro da sua família tem história de suicídio, doença bipolar ou depressão.

É importante que disponibilize o máximo de informação possível. Isto irá ajudar o seu médico a decidir se o metilfenidato é o medicamento correto para si ou para a sua criança. O seu médico pode decidir que são necessários outros exames médicos antes de iniciar, ou a sua criança iniciar o tratamento com este medicamento.

#### Outros medicamentos e Ritalina LA

Informe o seu médico ou farmacêutico se estiver a tomar ou tiver tomado recentemente outros medicamentos, incluindo medicamentos obtidos sem receita médica.

denominado inibidor da monoaminooxidase (IMAO), utilizado para a depressão ou tomou um IMAO nos últimos 14 dias. A toma de um IMAO com o metilfenidato pode causar um aumento súbito na pressão arterial.

Se está ou a sua criança está a tomar outros medicamentos, o metilfenidato pode afetar a forma como eles atuam ou pode causar efeitos secundários. Verifique com o seu médico ou farmacêutico antes de tomar metilfenidato, se está ou a sua criança está a tomar algum dos seguintes medicamentos:

- outros medicamentos para a depressão.
- medicamentos para problemas graves de saúde mental.
- medicamentos para a epilepsia.
- medicamentos utilizados para reduzir ou aumentar a pressão arterial.
- alguns medicamentos para a tosse e constipação que contenham substâncias que podem afetar a pressão arterial. É importante verificar com o seu farmacêutico quando comprar algum destes medicamentos.
- medicamentos que tornam o sangue mais fluido, por forma a prevenir coágulos sanguíneos.

Se está com dúvidas se algum dos medicamentos que está a tomar estão incluídos na lista acima, pergunte ao seu médico ou farmacêutico antes de tomar metilfenidato.

Informe o seu médico se está ou a sua criança está a tomar, ou tomou recentemente, qualquer outro medicamento, incluindo medicamentos obtidos sem receita médica.

#### Em caso de cirurgia

Informe o seu médico se tem ou se a sua criança tem uma cirurgia programada. O metilfenidato não deve ser tomado no dia da cirurgia se um determinado tipo de anestésico for utilizado, porque existe a possibilidade de um aumento súbito da pressão arterial durante a cirurgia.

#### Teste de consumo de drogas

Este medicamento pode originar um resultado positivo no teste de uso de drogas. Isto inclui os testes efetuados no desporto.

#### Ritalina LA com alimentos, bebidas e álcool

Não beba bebidas alcoólicas durante o tratamento com este medicamento, pois o álcool pode agravar os efeitos secundários deste medicamento. Esteja atento, pois alguns alimentos ou medicamentos podem conter álcool.

#### Gravidez e amamentação e fertilidade

Desconhece-se se o metilfenidato irá afetar o futuro bebé. Não foram observados efeitos na fertilidade em animais.

Informe o seu médico ou farmacêutico antes de utilizar metilfenidato se ou se a sua filha:

- tem relações sexuais. O seu médico irá falar consigo sobre métodos contracetivos.
- está grávida ou pensa que pode estar grávida. O seu médico irá decidir se deve tomar metilfenidato.

-  
leite materno. Logo, o seu médico irá decidir se deve amamentar, ou se a sua filha deve amamentar, enquanto toma metilfenidato.

Consulte o seu médico ou farmacêutico antes de tomar qualquer medicamento.

Condução de veículos e utilização de máquinas

Pode sentir ou a sua criança pode sentir tonturas, alucinações ou outros efeitos secundários no Sistema Nervoso Central, dificuldades de focagem da visão ou visão turva enquanto toma metilfenidato. Se isto acontecer, pode ser perigoso realizar certas atividades, tais como conduzir, utilizar máquinas, andar de bicicleta, montar a cavalo ou subir árvores.

Ritalina LA contém sacarose:

Este medicamento contém sacarose (um tipo de açúcar). Se foi informado pelo seu médico que tem ou a sua criança tem intolerância a alguns açúcares, contacte-o antes de tomar, ou dar a tomar à sua criança este medicamento.

### 3. Como tomar Ritalina LA

Tomar este medicamento exatamente como indicado pelo seu médico ou farmacêutico. Fale com o seu médico ou farmacêutico se tiver dúvidas.

- O seu médico irá iniciar o tratamento geralmente com uma dose baixa e aumentá-la gradualmente conforme necessário.

Crianças /Adolescentes: A dose máxima diária é de 60 mg uma vez por dia. Em doentes com idade inferior a 18 anos de idade a Ritalina LA é tomada diariamente de manhã .

Adultos: A dose máxima diária é de 80 mg em adultos.

- Se não tomou Ritalina LA anteriormente, o seu médico irá iniciar tratamento com 20 mg, e irá aumentar a dose gradualmente se necessário.

- Se foi tratado com Ritalina LA para PHDA durante a infância, e fez recentemente 18 anos de idade, o seu médico pode continuar a prescrever a mesma dose. Se for tratado com uma formulação de libertação imediata durante a infância, o seu médico irá prescrever uma dose equivalente de Ritalina LA.

- Em adultos Ritalina LA é tomada uma vez por dia geralmente de manhã, com ou sem alimentos

Não tome Ritalina LA demasiado tarde para evitar distúrbios no sono.

- Tome Ritalina LA com ou sem alimentos.

- A cápsula deve ser engolida inteira, com um copo de água.

- Não esmague, mastigue ou divida a cápsula nem o seu conteúdo.

Se você ou a sua criança não conseguirem engolir Ritalina LA, pode dispersar o conteúdo numa pequena quantidade de comida, da seguinte forma:

- abra a cápsula cuidadosamente e disperse as esferas numa pequena quantidade de comida mole (por exemplo, molho de maçã)

- consuma imediatamente toda a mistura fármaco/comida.

Não armazene a mistura fármaco/comida para utilização futura.

Se não se sentir melhor, ou a sua criança não se sentir melhor, após 1 mês de tratamento, informe o seu médico. Ele pode decidir que é necessário um tratamento diferente.

Se não utilizar Ritalina LA adequadamente

Se Ritalina LA não for utilizada adequadamente, pode causar comportamento anormal. Também pode significar que começará, ou a sua criança começará, a depender do medicamento. Informe o seu médico se, ou se a sua criança, alguma vez abusou ou esteve dependente de álcool, medicamentos sujeitos a receita médica ou drogas.

Este medicamento é apenas para sua utilização ou utilização da sua criança. Não deve dá-lo a outros, mesmo que apresentem os mesmos sintomas.

Se você ou a sua criança tomarem mais Ritalina LA do que deveria

Caso tenha tomado, ou a sua criança tenha tomado, demasiada quantidade de medicamento, fale com um médico ou chame imediatamente uma ambulância. Informe-os acerca da quantidade de medicamento tomada.

Os sinais de sobredosagem podem incluir: sentir-se doente, agitado, tremores, aumento dos movimentos não controlados, contrações musculares, ataques epiléticos (podem ser seguidos de coma), sensação de extrema felicidade, estar confuso, ver, sentir ou ouvir coisas que não são reais (alucinações), suores, rubor, dor de cabeça, febre alta, alterações do batimento cardíaco (lento, rápido ou irregular), pressão arterial elevada, pupilas dilatadas e secura do nariz e da boca.

Caso se tenha esquecido de tomar, ou dar a tomar à sua criança, Ritalina LA

Não tome uma dose a dobrar para compensar uma dose que se esqueceu de tomar.

Se se esqueceu de tomar ou de dar a tomar à sua criança uma dose, espere até à próxima dose.

Se você ou a sua criança pararem de tomar Ritalina LA

Se parar ou a sua criança parar de tomar este medicamento subitamente, os sintomas de PHDA podem voltar ou podem surgir efeitos indesejáveis, tal como depressão. O seu médico pode querer reduzir gradualmente a quantidade de medicamento que toma por dia, antes de parar completamente. Fale com o seu médico antes de parar Ritalina LA.

Aspetos que o seu médico irá avaliar enquanto você ou a sua criança está a ser tratado.

O seu médico irá realizar alguns exames

- Antes de iniciar o tratamento – para assegurar que Ritalina LA é segura e será benéfica.

possível mais frequentemente. Estes exames também serão realizados quando a dosagem for alterada.

- Estes exames irão incluir:
- avaliação do apetite
- medição da altura e do peso em crianças
- medição do peso em adultos
- medição da pressão arterial e da frequência cardíaca
- avaliação de problemas relacionados com humor, estado de espírito ou outros pensamentos não habituais ou se esses problemas se agravam enquanto toma Ritalina LA.

#### Tratamento a longo prazo

Ritalina LA não necessita de ser tomada para sempre. Se toma, ou se a sua criança toma, Ritalina LA há mais de um ano, o seu médico deve parar o tratamento pelo menos durante um ano. Nas crianças isto poderá acontecer durante as férias escolares. Isto irá demonstrar se o medicamento ainda é necessário.

Caso ainda tenha dúvidas sobre a utilização deste medicamento, fale com o seu médico ou farmacêutico.

#### 4. Efeitos secundários possíveis

Como todos os medicamentos, este medicamento pode causar efeitos secundários, embora estes não se manifestam em todas as pessoas. Apesar de algumas pessoas terem efeitos secundários, a maioria refere que o metilfenidato os ajuda. O seu médico irá falar consigo acerca destes efeitos secundários.

Alguns efeitos secundários podem ser graves. Consulte um médico imediatamente, se tiver algum dos seguintes efeitos secundários:

Frequentes (afetam menos de 1 em 10 pessoas)

- batimento cardíaco irregular (palpitações)
- alterações de humor ou variações de humor ou alterações de personalidade.

Pouco frequentes (afetam menos de 1 em 100 pessoas)

- pensamentos ou ações suicidas
- ver, sentir ou ouvir coisas que não são reais (sinais de psicose)
- descontrolo da fala e dos movimentos corporais (Síndrome de Tourette)
- sinais de alergia como erupção cutânea, ou comichão, urticária, inchaço da face, lábios, língua ou outras partes do corpo, falta de ar, pieira ou dificuldades em respirar.

Raros (afetam menos de 1 em 1.000 pessoas)

- sentir-se muito excitado, hiperativo e desinibido (mania).

Muito raros (afetam menos de 1 em 10.000 pessoas)

- ataque cardíaco
- ataques epiléticos (crises epiléticas, convulsões)
- descamação da pele ou manchas vermelhas - espasmos musculares que não consegue controlar e que afetam os olhos, cabeça, pescoço, corpo e sistema nervoso – devido a uma ausência temporária de fornecimento de sangue ao cérebro
- paralisia ou problemas com o movimento e visão, dificuldades na fala (podem ser sinais de problemas com os vasos sanguíneos no seu cérebro).
- diminuição do número de células sanguíneas (glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas), que pode levar a que tenha facilmente infeções, hemorragias e nódulos negros
- aumento súbito da temperatura corporal, pressão arterial muito elevada e convulsões graves (Síndrome Maligna dos Neurolépticos). Não é certo que este efeito secundário seja causado pelo metilfenidato ou outros fármacos que podem ser tomados em combinação com o metilfenidato.

Outros efeitos secundários (frequência desconhecida)

- pensamentos indesejados que persistem
- desmaios inexplicados, dor no peito, falta de ar (podem ser sinais de problemas cardíacos)
- ereções prolongadas, por vezes dolorosas, ou o aumento da frequência de ereções.

Se tem ou se a sua criança tem algum dos efeitos secundários mencionados anteriormente, consulte um médico imediatamente.

Podem ainda ocorrer os seguintes efeitos secundários. Se se agravarem, informe o seu médico ou farmacêutico.

Muito frequentes (afetam mais de 1 em 10 pessoas)

- diminuição do apetite
- dor de cabeça
- nervosismo
- insónia
- náuseas
- boca seca

Frequentes (afetam menos de 1 em 10 pessoas)

- dor nas articulações
- temperatura elevada (febre)
- cabelo mais fino ou perda de cabelo involuntária
- sentir-se muito sonolento
- perda de apetite
- ataque de pânico
- diminuição do desejo sexual
- dor de dentes
- comichão, erupção cutânea ou erupções vermelhas que causam comichão (urticária)
- sudorese excessiva
- tosse, dor de garganta ou irritação do nariz e da garganta, falta de ar ou dor no peito

## INFARMED

- pressão arterial elevada, batimento cardíaco acelerado (taquicardia), mãos e pés frios
  - agitação ou tremor, sentir-se tonto, movimentos que não consegue controlar, sentir-se nervoso, estar muito ativo
  - sentir-se agressivo, agitado, impaciente, ansioso, deprimido, estressado, irritável e com comportamento anormal, problemas em dormir, cansaço
  - dor no estômago, diarreia, desconforto no estômago, indigestão, sede e vômitos.
- Estes efeitos secundários ocorrem geralmente no início do tratamento e podem ser reduzidos se tomar o medicamento com alimentos.
- Pouco frequentes (afetam menos de 1 em 100 pessoas)
- obstipação
  - desconforto no peito
  - sangue na urina
  - visão dupla ou visão turva
  - dor muscular, contrações musculares, rigidez muscular
  - aumento dos parâmetros hepáticos (observado num exame sanguíneo)
  - raiva, sentir-se choroso, sensibilidade excessiva ao ruído e tensão.

Raros (afetam menos de 1 em 1.000 pessoas)

- alterações do desejo sexual
- sentir-se desorientado
- pupilas dilatadas, problemas de visão
- inchaço mamário no homem
- vermelhidão da pele, erupção cutânea vermelha aumentada.

Muito raros (afetam menos de 1 em 10.000 pessoas)

- ataque cardíaco
- morte súbita
- câibras musculares
- pequenas marcas vermelhas na pele
- inflamação ou bloqueio das artérias cerebrais
- função hepática anormal, incluindo falência hepática e coma
- alterações nos resultados dos exames – incluindo dos exames hepáticos e sanguíneos
- tentativa de suicídio, pensamento anormal, falta de sentimentos ou emoções, fazer as coisas repetidamente, estar obcecado com algo.
- entorpecimento, formigamento e alteração da cor (de branco a azul, depois vermelho) dos dedos das mãos e pés, quando está frio (Fenómeno de Raynaud).

Outros efeitos secundários (frequência desconhecida)

- enxaqueca
- febre muito alta
- batimentos cardíacos lentos, rápidos ou aumento do número de batimentos
- crises major (“convulsões de grande mal”)
- acreditar em factos que não são verdadeiros, confusão
- dores de estômago graves, muitas vezes sentindo-se ou estando doente
- problemas com os vasos sanguíneos do cérebro (acidente vascular cerebral - AVC, arterite cerebral ou oclusão cerebral).



#### Efeitos no crescimento

Quando utilizado por um período superior a um ano, o metilfenidato pode causar atraso no crescimento em algumas crianças. Isto afeta menos de 1 em 10 crianças.

- pode ocorrer um insuficiente ganho de peso ou altura.
- o seu médico acompanhará cuidadosamente o seu peso e altura, ou da sua criança, bem como o modo como está, ou a sua criança está, a alimentar-se.
- se não está, ou a sua criança não está, a crescer conforme esperado, o seu tratamento com metilfenidato pode ser interrompido durante um curto período de tempo.

Se algum dos efeitos secundários se agravar ou se detetar quaisquer efeitos secundários não mencionados neste folheto, informe o seu médico ou farmacêutico.

#### 5. Como conservar Ritalina LA

Manter este medicamento fora da vista e do alcance das crianças.

Não utilize Ritalina LA após o prazo de validade impresso na embalagem. O prazo de validade corresponde ao último dia do mês indicado.

Não conservar acima de 30°C. Manter a embalagem bem fechada.

Não deite fora quaisquer medicamentos na canalização ou no lixo doméstico. Pergunte ao seu farmacêutico como deitar fora os medicamentos que já não utiliza. Estas medidas ajudarão a proteger o ambiente.

#### 6. Conteúdo da embalagem e outras informações

##### Qual a composição de Ritalina LA

Ritalina LA 20 mg cápsulas de libertação modificada

A substância ativa é cloridrato de metilfenidato.

Cada cápsula de libertação modificada contém 20 mg de cloridrato de metilfenidato.

Os outros componentes são: copolímero de metacrilato de amónio tipo B (eudragit RS), esferas de açúcar (microgrânulos de sacarose e amido de milho), copolímero de ácido metacrílico tipo A (eudragit L), talco, citrato de trietilo, macrogol 6000, gelatina, dióxido de titânio (E171), shellac, hidróxido de potássio, óxido de ferro amarelo (E172) e óxido de ferro vermelho (E172).

Ritalina LA 30 mg cápsulas de libertação modificada

A substância ativa é cloridrato de metilfenidato.

Cada cápsula de libertação modificada contém 30 mg de cloridrato de metilfenidato.

Os outros componentes são: copolímero de metacrilato de amónio tipo B (eudragit RS), esferas de açúcar (microgrânulos de sacarose e amido de milho), copolímero de ácido metacrílico tipo A (eudragit L), talco, citrato de trietilo, macrogol 6000, gelatina, dióxido de titânio (E171), óxido de ferro amarelo (E172), shellac, hidróxido de potássio e óxido de ferro vermelho (E172).

Ritalina LA 40 mg cápsulas de libertação modificada

A substância ativa é cloridrato de metilfenidato.

Cada cápsula de libertação modificada contém 40 mg de cloridrato de metilfenidato.

Os outros componentes são: copolímero de metacrilato de amónio tipo B (eudragit RS), esferas de açúcar (microgrânulos de sacarose e amido de milho), copolímero de ácido metacrílico tipo A (eudragit L), talco, citrato de trietilo, macrogol 6000, gelatina, dióxido de titânio (E171), óxido de ferro amarelo (E172), óxido de ferro vermelho (E172), óxido de ferro negro (E172), shellac e hidróxido de potássio.

Ritalina LA 60 mg cápsulas de libertação modificada

A substância ativa é cloridrato de metilfenidato.

Cada cápsula de libertação modificada contém 60 mg de cloridrato de metilfenidato.

Os outros componentes são: copolímero de metacrilato de amónio tipo B (eudragit RS100), esferas de açúcar (microgrânulos de sacarose e amido de milho), copolímero de ácido metacrílico tipo A (eudragit L100), talco, citrato de trietilo, macrogol 6000, gelatina, dióxido de titânio (E171), óxido de ferro amarelo (E172), óxido de ferro vermelho (E172), óxido de ferro negro (E172), shellac (E904) e hidróxido de potássio.

Qual o aspeto de Ritalina LA e conteúdo da embalagem

Ritalina LA cápsulas de libertação modificada está disponível em três dosagens: 20 mg, 30 mg e 40 mg e 60 mg.

Cada dosagem está disponível em frascos com 30 ou 100 cápsulas.

É possível que não sejam comercializadas todas as apresentações.

Titular da Autorização de Introdução no Mercado e Fabricante

Titular da Autorização de Introdução no Mercado

Novartis Farma – Produtos Farmacêuticos, S.A.  
Avenida Professor Doutor Cavaco Silva, n.º 10E  
Taguspark  
2740-255 Porto Salvo  
Portugal

Fabricantes

Ritalina LA 20 mg, 30 mg e 40 mg cápsulas de libertação modificada

Novartis Pharma Produktions GmbH  
Öflinger Strasse, 44  
79664 Wehr –  
Baden  
Alemanha  
Novartis Farma - Produtos  
Farmacêuticos, S.A. Avenida Professor  
Doutor Cavaco Silva, n.º 10E Taguspark  
2740-255 Porto Salvo  
Portugal

Ritalina LA 60 mg cápsulas de libertação modificada

Novartis Farma - Produtos  
Farmacêuticos, S.A. Avenida Professor  
Doutor Cavaco Silva, n.º 10E Taguspark  
2740-255 Porto Salvo  
Portugal

### **ANEXO III – Guião da entrevista realizada aos médicos**

1. Que razões o levam a fazer uma avaliação para despiste de deficit de atenção?
2. Que tipo de informação / queixa chega dos professores?
3. Que tipo de informação/ queixas têm os Pais?
4. Quais as principais causas da PHDA? O que pode estar na origem do aumento de diagnósticos, da falta de atenção e concentração dos alunos?
5. Quem sugere a medicação de uma criança com metilfenidato? Podemos encontrar outras alternativas à medicação para ajudar a criança com um diagnóstico de PHDA?
6. De acordo com a bula dos medicamentos com metilfenidato os efeitos secundários são alarmantes. Quais os efeitos da medicação? Podemos falar em dependência?
7. Em que situações é que uma criança não dever ser medicada?
8. Em que situações a medicação é imprescindível?
9. Os pais tomam a decisão de medicar um filho sem questionar os efeitos colaterais, a dependência, a eventual relação com consumo de drogas no futuro? Há algum estudo neste sentido?
10. Há angustia / resistência na tomada de decisão?
11. Que tipo de controle é feito à criança e com que periodicidade?
12. Considera que o recente relatório da DGS e do CNE, veio alertar consciências e pôr uma realidade a descoberto? Algo mudou desde então?

## **ANEXO IV – Questionário para professores**

Solicito a sua colaboração para participar num estudo cujo objetivo é analisar o uso da medicação com metilfenidato (princípio ativo de medicamentos como Ritalina, Rubifen, Concerta). O estudo destina-se a professores de crianças entre os 6 e 14 anos de idade. O questionário é inteiramente confidencial e anónimo.

Os resultados destinam-se exclusivamente a fins académicos.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

### **\* Obrigatório**

#### **1. Sexo \***

Marcar apenas uma resposta

\_\_\_ Masculino

\_\_\_ Feminino

#### **2. Local de trabalho \***

Marcar apenas uma resposta

\_\_\_ Norte

\_\_\_ Algarve

\_\_\_ Centro

\_\_\_ Área Metropolitana de Lisboa

\_\_\_ Alentejo

\_\_\_ Região Autónoma dos Açores

\_\_\_ Região Autónoma da Madeira

#### **3. Exerce atividade em: \***

Marcar apenas uma resposta

\_\_\_ Estabelecimento Público

\_\_\_ Estabelecimento Privado

#### **4. Há quanto tempo leciona? \***

Marcar apenas uma resposta

- ☐ 0 a 3 anos
- ☐ 3 a 10 anos
- ☐ mais de 10 anos

#### **5. Que ciclo de escolaridade leciona? \***

(No caso de lecionar mais do que um ciclo, deve seleccionar as várias opções)

Marcar tudo o que for aplicável

- ☐ 1º ciclo
- ☐ 2º ciclo
- ☐ 3º ciclo

#### **6. Quantos alunos tem? \***

No caso de lecionar mais do que uma turma refira-se à turma de maior dimensão)

Marcar apenas uma resposta

- ☐ Menos de 20
- ☐ Entre 20 e 30
- ☐ Mais de 30

#### **7. Tem ou teve alunos medicados com Ritalina, Rubifen, Concerta ou outros? \***

Marcar apenas uma resposta?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

**8. Sente alguma pressão da Escola para que os alunos tenham melhor rendimento escolar? \***

Marcar apenas uma resposta

\_\_\_ Sim

\_\_\_ Não

**9. Sente alguma pressão dos pais para que o filho tenha melhor rendimento escolar? \***

Marcar apenas uma resposta

\_\_\_ Sim

\_\_\_ Não

**10. Alguma vez sugeriu uma avaliação que levasse a medicar uma criança? \***

Marcar apenas uma resposta

\_\_\_ Sim

\_\_\_ Não

**11. Que sinais encontra nos seus alunos que justifiquem a avaliação / medicação? \***

Marcar tudo o que for aplicável

\_\_\_ Nenhum

\_\_\_ Falta de concentração

\_\_\_ Fraco rendimento escolar

\_\_\_ Descoordenação motora

\_\_\_ Falta de motivação

\_\_\_ Outra: \_\_\_\_\_

**12. Quando um aluno está medicado este fica... \***

Marcar tudo o que for aplicável

- ☐ Não sei
- ☐ Mais tranquilo
- ☐ Mais concentrado
- ☐ Melhores notas
- ☐ Mais isolado
- ☐ Menos participativo
- ☐ Perdeu peso
- ☐ Perdeu apetite
- ☐ Outra: \_\_\_\_\_

**13. Alguma vez falou com um médico ( ex: pedopsiquiatra) sobre estas matérias? \***

Marcar apenas uma resposta

- ☐ Sim
- ☐ Não

**14. Considera importante a comunicação entre professor e médico nestas matérias? \***

Marcar apenas uma resposta

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

**15. Considera que o formulário a preencher pelo professor leva a um diagnóstico positivo da PHDA? \***

Marcar apenas uma resposta

- ☐ Concordo
- ☐ Não concordo



\_\_\_ Não tenho opinião

**16. Já lhe foi pedido que administrasse algum destes medicamentos (Ritalina, Concerta, Rubifen) aos seus alunos? \***

Marcar apenas uma resposta

\_\_\_ Sim

\_\_\_ Não

**17. O procedimento obriga a uma autorização por escrito assinada pelo encarregado de educação? \***

Marcar apenas uma resposta

\_\_\_ Sim

\_\_\_ Não

\_\_\_ Não sei

**18. Considera adequado o tempo que um jovem está sentado numa sala de aula? \***

Marcar apenas uma resposta

\_\_\_ Sim

\_\_\_ Não. É muito tempo

\_\_\_ Não. É pouco tempo

**19. Considera adequados os tempos de intervalo das crianças / jovens? \***

Marcar apenas uma resposta

\_\_\_ Sim

\_\_\_ Não. É muito tempo

\_\_\_ Não. É pouco tempo

\_\_\_ Outra: \_\_\_\_\_

**20. Sente que as turmas com o passar do tempo estão mais agitadas? \***

Marcar apenas uma resposta

\_\_\_ Sim

\_\_\_ Não

**21. Se sim, consegue encontrar alguma situação que possa justificar essa agitação?**

Marcar apenas uma resposta

\_\_\_ Redes Sociais

\_\_\_ Questões familiares

\_\_\_ Número de alunos por turma

\_\_\_ Outra: \_\_\_\_\_

**22. De acordo com notícias recentes existe um uso crescente de prescrição destes psicofármacos em idade pediátrica. Considera esta questão preocupante? \***

Marcar apenas uma resposta

\_\_\_ Desconheço as notícias

\_\_\_ Sim

\_\_\_ Não

## **ANEXO V – Questionário para pais e encarregados de educação**

Solicito a sua colaboração para participar num estudo cujo objetivo é analisar o uso da medicação com metilfenidato (princípio ativo de medicamentos como Ritalina, Rubifen, Concerta). O estudo é inteiramente confidencial e anónimo. Os resultados destinam-se a uso exclusivamente académico

Desde já agradecemos a sua colaboração.

### **\*Obrigatório**

#### **1. Grau de parentesco \***

Por uma questão de simplificação, doravante utilizar-se-á a expressão filho. Assim, mesmo em caso de o encarregado de educação não ser a mãe / pai, deve referir-se à criança / crianças a cargo.

Marcar apenas uma resposta

- ☐ Mãe
- ☐ Pai
- ☐ Outra:

#### **2. Os pais da criança são: \***

Marcar apenas uma resposta

- ☐ Casados
- ☐ Separados
- ☐ Outra situação

#### **3. Local de residência\***

Marcar apenas uma resposta

- ☐ Norte
- ☐ Algarve
- ☐ Centro
- ☐ Área Metropolitana de Lisboa

- ☐ Alentejo
- ☐ Região Autónoma dos Açores
- ☐ Região Autónoma da Madeira

**4. Que ciclo de escolaridade frequenta o seu filho? \***

( No caso de ter filhos em ciclos de ensino diferentes, selecione os vários ciclos)

- ☐ 1º ciclo
- ☐ 2º ciclo
- ☐ 3º ciclo

**5. A escola que o seu filho/os frequenta/m é: \***

Marcar apenas uma resposta

- ☐ Ensino Público
- ☐ Ensino Privado

**6. Qual dos seguintes medicamentos já ouviu falar? \***

Marcar tudo o que for aplicável

- ☐ Ritalina
- ☐ Rubifen
- ☐ Concerta
- ☐ Strattera
- ☐ Nenhum

**7. Algum dos seus filhos está ou já esteve medicado com Ritalina, Concerta, Rubifen ou similar? \***

Marcar apenas uma resposta

- ☐ Sim      Passe para a pergunta 11
- ☐ Não      Passe para a pergunta 8

**8. Alguma vez lhe foi sugerido que medicasse algum dos seus filhos com Ritalina, Rubifen, Concerta ou similar? \***

Marcar apenas uma resposta

☐ Sim

☐ Não

**9. Se sim, de quem surgiu a sugestão para medicar?**

Marcar tudo o que for aplicável

☐ Médico

☐ Professor

☐ Psicólogo

☐ Família

☐ Outra

**10. Optar por não medicar o seu filho/os criou alguma situação de conflito com a escola? \***

Marcar apenas uma resposta

☐ Sim

☐ Não

**Passe para a pergunta 22**

**11. Qual o sexo da criança medicada?\***

No caso das crianças medicadas serem de sexos diferentes deve marcar as duas opções.

Marcar tudo o que for aplicável

☐ Feminino

☐ Masculino

**12. Que razões o levaram a medicar o/os seus/s filhos/s? \***

Marcar tudo o que for aplicável

- ☐ Falta de atenção na escola
- ☐ Más notas
- ☐ Muita necessidade de atividade física
- ☐ Descoordenação motora
- ☐ Outra

**13. Há quanto tempo o/s seu/s filho/s está/estão medicado/s? \***

No caso de ter mais do que um filho medicado, deve referir-se ao que já toma medicação há mais tempo.

Marcar apenas uma resposta

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ 1 a 3 anos
- ☐ 3 a 5 anos
- ☐ Mais de 5 anos

**14. Antes de medicar, foram realizados exames médicos? \***

Marcar apenas uma resposta

- ☐ Sim
- ☐ Não

**15. Optar por medicar criou alguma situação de conflito na família? \***

Marcar apenas uma resposta

- ☐ Sim
- ☐ Não

**16.Sentiu alguma pressão por parte da escola para medicar o seu filho?\***

Marcar apenas uma resposta

\_\_\_ Sim

\_\_\_ Não

**17.Que diferenças sentiu depois da medicação? \***

Marcar tudo o que for aplicável

\_\_\_ Mais tranquilidade

\_\_\_ Mais concentração

\_\_\_ Melhores notas

\_\_\_ Mais isolamento

\_\_\_ Menos participação

\_\_\_ Perda de peso

\_\_\_ Perda de apetite

\_\_\_ Ganho de peso

\_\_\_ Outra

**18.Numa escala de 1 a 10 como descreve o seu nível de informação sobre a medicação? \***

Marcar apenas uma resposta

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**Nada informado**

**Perfeitamente  
informado**

**19.Alguma vez lhe foram sugeridas medidas alternativas à medicação? \***

Marcar apenas uma resposta

\_\_\_ Sim

\_\_\_ Não

**20. Se sim, qual / quais?**

---

**21. As recentes notícias divulgadas na Comunicação Social fizeram-no repensar a sua posição relativamente ao medicamento? \***

Marcar apenas uma resposta

- ☐ Desconheço as notícias
- ☐ Sim
- ☐ Não

**22. Considera adequado o tempo que uma criança / jovem está sentado numa sala de aula? \***

Marcar apenas uma resposta

- ☐ Sim
- ☐ Não. É muito tempo
- ☐ Não. É pouco tempo
- ☐ Não sei

**23. Considera adequados os tempos de recreio das crianças / jovens? \***

Marcar apenas uma resposta

- ☐ Sim
- ☐ Não. É muito tempo
- ☐ Não. É pouco tempo
- ☐ Não sei



**[WWW.ISCSP.ULISBOA.PT](http://WWW.ISCSP.ULISBOA.PT)**